ممارسات
خدمة الفرد التحليلية
النظرية والتطبيق
عمليات ومجالات نوعية للممارسة

دكتور
السيد رمضان
المعهد العالي للخدمة الإجتماعية
بالاسكندرية

دار المعرفة الجامعية
٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - ت ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - ت ٥٩٧٣١٤٦

ممارسات

خدمة الفرد التحليلية

النظرية والتطبيق

عمليات ومجالات نوعية للممارسة

دكتور
السيد رمضان
المعهد العالى للخدمة الاجتماعية
بالإسكندرية

7

١٩٩٩

دار المعرفة الجامعية
٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - ت ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - ت ٥٩٧٣١٤٦

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿وَقُل رَّبِّ زِدْنِي عِلْماً﴾

صدق الله العظيم

مقدمـــة

تطورت خدمة الفرد كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية مع تطور المجتمعات الإنسانية، وأصبحت لها قواعدها العلمية وأساليبها الفنية التى استمدتها من النظريات والمداخل المتباينة التحليلية واللاتحليلية لتفسير مشكلات الإنسان، وبالتالى مساعدته على مواجهتها المواجهة الفعالة والممكنة لتحقيق توافقه النفسى.

هذا الكتاب هو محاولة لإلقاء الضوء على عملية المساعدة فى خدمة الفرد من المنظور السيكودينامى وفقاً للمدخل التحليلى المعاصر «سيكولوجية الذات» أراد منه الكاتب أن يكون بمثابة تأصيل نظرى لممارسات خدمة الفرد التحليلية من الناحيتين النظرية والتطبيقية.

ولذا حرص فى هذا الكتاب أن يتضمن عمليات هذه الممارسة من المنظور التحليلى، بالإضافة إلى القاء الضوء على طبيعة الدور الذى يمكن أن تساهم به خدمة الفرد التحليلية فى محيط المجالات النوعية للممارسة.

ونأمل أن يجد طلاب الخدمة الاجتماعية فى هذا الكتاب ما يساعدهم على تعميق الدور المهنى لخدمة الفرد فى نطاق عملهم المهنى وصولا إلى ممارسة فعالة.

المؤلف

الباب الأول

البناء النظرى للمدخل التحليلى فى خدمة الفرد

تمهيد:

أفرزت معطيات العلماء المعاصرة العديد من النظريات تتحدد من خلالها الأطر الرئيسية لممارسة خدمة الفرد وتقف على قمة هذه المعطيات ما يعرف بالمدخل التحليلي بكل مقوماته، إلى جانب مداخل أخرى كالمدخل الوظيفي والمعرفي والواقعي والسلوكي... إلخ. وليست التعددية العلمية بالمظاهرة السلبية التي تنال من خدمة الفرد، أو التشكيك في مصداقية ممارساتها فإذا كان للطب النفسي والتربية مدارس مختلفة لتفسير مشكلات الإنسان وبالتالي تحديد أساليب مواجهتها، فإنه ليس بالمستغرب أن يكون لخدمة الفرد بدورها مدارس مختلفة إثراءاً للمعرفة وإثراءاً للممارسة، وليكون اختيار الممارس للمدرسة المناسبة هو المحك الذي تتوقف عليه كافة معطيات عملية المساعدة(١ :١١)

وإنه لمن المشاهد أن الواقع العلمي لمدارس خدمة الفرد المختلفة، يتميز عن المهن الأخرى بتواجد نظرية محورية أكثر استقراراً أو تناسباً لواقع مشكلاتنا المحلية ألا وهي النظرية التحليلية أو المدخل التحليلي Analytic Approach الذي سوف نتناوله بالتفصيل في ثنايا هذا الكتاب ـ بشقيه الكلاسيكي (الفرويدي) والمعاصر (سيكولوجية الذات). وبعيداً عن المبررات التي دعت العالم الغربي إلى ممارسة هذا المدخل والاحتفاظ به حتى اليوم، ثمة مبررات تدعو بنا إلى الأخذ به في عملية الممارسة لخدمة الفرد أهمها:

١ ـ تكامل مقومات هذا المدخل التحليلي ولياقته العلمية جعله يقف صامداً أمام كافة المعطيات الحديثة رغم تعددها وشراسة النقد الذي وجهته هذه المعطيات له.

٢ ـ إنه أقرب المداخل اتفاقاً وأنماط عملاء مؤسسات الرعاية الاجتماعية في مجتمعنا. فدوره لا يقتصر على علاج العصاب وحده كما هو الحال في الطب النفسي، ولكنه مفيد في حالات الاضطرابات النفسية شبه

العصابية، كالعامل الكسول، الطفل الشارد، المعوق حاد المزاج، المسن المتبرم، المريض الخائف، الزوج الغيور، الزوجة المتشككة، وما إلى ذلك من أنماط إشكالية.

فكل هؤلاء ليسوا مرضى بالعصاب النفسى ولكنهم قد يعانون بعض مظاهر العصاب، كالخوف والشعور بالنقص أو الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالذنب أو الحزن والتعاسة أو الاندفاع ولكن بدرجات مختلفة ليقفوا بين العصاب والسواء، مما كان له الأثر فى مواقفهم الإشكالية التى يعانون منها (١ : ١٢، ٤٩) لذلك احتل المدخل التحليلى أهمية قصوى فى عملية المساعدة في خدمة الفرد، مواكبة كافة التطورات التى لحقت به منذ نشأته حتى اليوم، وخاصة التطور من سيكولوجية الإد Id - Sychology أو اللاشعور التى تزعمها سيجموند فرويد Sigmund Freud إلى «سيكولوجية الذات» Ego Sychology التى صاغها أتباعه المعاصرون فى عصرنا الحالى.

وفى إيجاز نشير إلى مفهوم وخصائص هذا المدخل:

فى نطاق مفهوم المدخل التحليلى وخصائصه:

المدخل التحليلى هو مسمى للنظريات التحليلية ـ عن الشخصية والسلوك والمرض النفسى واضطرابات الشخصية ـ والتى ارتبطت بالفكر الفرويدى والفكر السيكودينامى للفرويديين الجدد أنصار المدخل التحليلى المعاصر «سيكولوجية الذات» أمثال «هورنى، سوليفان، فروم، أدلر، وهارتمان، ورابابورت، وأنا فرويد وأريكسون وغيرهم». وبتبنى خدمة الفرد للمدخل التحليلى فى أوائل الثلاثينيات من هذا القرن ثم ظهور مداخل أخرى لا تحليلية كالوظيفية والسلوكية والعقلية والواقعية... إلخ، والتى فسرت الشخصية والسلوك تفسيراً مغايراً للتصور التحليلى، شاء علماء خدمة الفرد أن يطلقوا على خدمة الفرد التى ارتبطت بالمدخل التحليلى خدمة الفرد

التحليلية أو التشخيصية، ليطلق على المداخل الأخرى خدمة الفرد اللاتحليلية أو اللاتشخيصية، وكلمة «تحليلى» لا يقصد بها هنا أن المدخل التحليلى هو الوحيد الذى يعتمد على تحليل المشكلة إلى جزئيات لتفسيرها كما هو شائع فى العلوم الأخرى، فكثير من المداخل الأخرى تحلل بدورها المشكلة وصولا إلى أسبابها، ولكنه مجرد تمييز لمدخل مرتبط (بالتحليل النفسى) الذى نادى به فرويد وأتباعه إذا كان لنا أن نعالج مريضاً نفسياً أو من هو على شفا المرض. (٢ : ١٣).

وثمة مسألة هامة هى أننا لا يجب أن نتوهم من الاسم أنه تحليل السلوك إلى عناصر وإنما هو تفسير لوحدات كلية فى السلوك، فهذا المدخل التحليلى إنما ينظر إلى السلوك فى كليته ومجموعه. (٣: ٦٤)

ويمكن **تعريف المدخل التحليلى** على النحو التالى:

«مدخل علاجى يقوم على مهارة المعالج فى استدعاء الوحدات المكبوتة من اللاشعور إلى حيز الشعور، عن طريق التعبير الحر الطليق، ليتم للمريض استبصاراً شعورياً بها، مما يؤدى إلى توافقه النفسى».

من ثم **فخصائصه** هى:

١ ـ ثمة مريض يعانى من اضطراب نفسى ـ عصابى أو شبه عصابى ـ يدرك حالته المرضية، ولكن يعانى مظاهر مرضية، كالقلق أو الخوف المرضى أو الشعور بالاكتئاب أو الوساوس... إلخ.

٢ ـ ارتبط اضطرابه النفسى بخبرات وذكريات مؤلمة وصراعات شديدة فى مراحل حياته المبكرة كبتت فى اللاشعور.

٣ ـ تساعد العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض على استدراج هذه الوحدات الحبيسة المكبوتة إلى وعى المريض، والتى بتفسيرها له يتخلص من آثارها السلبية على قدراته وبصيرته التى لازمته زمناً طويلا وكانت سبباً فى الأغراض التى يشكو منها، مما يؤدى إلى تماثله للشفاء.

٤ ـ من ثم يستهدف هذا المدخل العلاجى التحليلى إعادة بناء الشخصية على أسس تؤدى إلى زيادة قدرة الفرد على إيجاد إشباع لحاجاته الذاتية بطرق مقبولة بالنسبة لنفسه وبالنسبة للعالم الذى يعيش فيه وتحريره بحيث ينمى قدراته.

٥ ـ يقوم العلاج التحليلى على أساس عدة مفاهيم رئيسية نجملها فيما يلى: (٤: ١٥٧، ١٥٨).

(أ) **الحتمية النفسية**: بمعنى أن ظواهرنا النفسية ليست وليدة الصدفة أو العفوية أو العرضية، وإنما هى تخضع لمبدأ العلية، أو السببية كظواهر الطبيعة تماماً. ويعنى هذا أنه يوجد تفسير عقلى لظواهر الأحلام والخيالات والأوهام والزلات والزلفات.

(ب) **الكبت واللاشعور**: يعنى هذا المفهوم أن هناك بعض العمليات العقلية التى لا نشعر بها ولا نعيها، وخاصة الرغبات والصراعات التى تترسب إلى أعماق اللا شعور عن طريق الكبت، وغيره من العمليات الدفاعية واللاشعورية.

(ج) **التداعى الحر والمقاومة** : إن آليات الذات الوسطى تحمى الفرد من الكشف عن الذكريات المؤلمة والصراعات ولذلك ينتج عن الذات ما يسمى بالمقاومة ولقد ابتكر فرويد أسلوب التداعى الحر للتغلب على مقاومة المريض.

وفى الحقيقة لقد أعطى فرويد لهذا النوع من المؤشرات ذات الماضى البعيد أهمية خاصة، وهذا هو السبب الذى جعل منهجه فى التحليل النفسى صعباً، يستغرق وقتاً، ويمتد العلاج عن طريقه فى العادة إلى عدد كبير من المقابلات حتى يستطيع المريض والمعالج أن يصلا إلى المسببات الأولى للمرض، وإلى جذوره التى تمتد أحياناً كثيرة إلى أيام الطفولة المبكرة.

ولذلك لا نستغرب إذا وجدنا الفرويديين الجدد الذين استخدموا منهجه

التحليلى لا يركزون على ماضى المريض البعيد، أو يرجعون إلى ربط مسببات المرض الحالية بأشياء بعيدة الغور مجهولة، بل ربطها أكثر بالوقائع الحالية والظروف الراهنة التى يمكن التعرف عليها... وعلاج المريض على ضوئها. وهذا لاشك أسهل فى العملية العلاجية، ولا يحتاج لوقت طويل وإلى عدد كبير من المقابلات. (٥ : ١٩٨-٢٠٠)

فرغماً عن أن هورنى ـ وهى من أنصار الفكر السيكودينامى ـ كانت تستخدم التداعى الحر، وتحليل الأحلام، إلا أن علاقة المحلل بالمريض عند فرويد تكون محايدة، فى الوقت الذى عملت فيه هورنى على أن تكون العلاقة بينهما تعاونية حيث يدير المعالج المقابلة عن قصد.

هذا بالإضافة إلى أن مادة الطفولة فى التحليل عند فرويد كانت مادة أساسية فهى المصدر الثرى، ولكنها عند هورنى مصدر ذا وزن نسبى، والمهم هو موقف المريض حالياً أثناء العلاج، إذ من المهم أن نتلمس موقفه حالياً وتأثير اتجاهاته على حاضره. (٦ : ٧٣، ٧٤)

ولما كان المدخل التحليلى فى الطب النفسى يتعامل مع الأنماط العصابية وشبه العصابية ـ التى لم تصل حالتها إلى المرض النفسى ـ فقد انتشرت ممارساته فى كافة المهن التى تعمل فى ميدان المشكلات الإنسانية كالإرشاد وخدمة الفرد وغيرها لمساعدة العملاء على المواجهة الفعالة والممكنة للمشكلات التى تعوق توافقهم النفسى.

وفى إيجاز نعرض لأهم مقومات وفرضيات هذا المدخل وما له من انعكاسات على عملية المساعدة فى خدمة الفرد.

الفصل الأول
المدخل التحليلى الكلاسيكى
(نظرية التحليل النفسى الفرويدى)
Fruedian Psychoanalytic Theory
«سيكولوجية الإد Id»

بدايات التحليل النفسى الفرويدى:

من الأوفق أن نبدأ عرضنا للمدخل التحليلى بنظريات وتكنيكات التحليل النفسى لسيجموند فرويد وذلك لما لها من أولوية تاريخية وأثر معاصر، ولقد نشأ هذا المدخل التحليلى الفرويدى فى علم النفس فى بداية القرن العشرين، وهو لم ينشأ كغيره نتيجة دراسات نظرية أو فى معامل علم النفس، وإنما نشأ فى العيادات الطبية فحتى أواخر القرن التاسع عشر كانت الأمراض النفسية شيئًا مهملاً سواء فى ميدان الطب أو فى ميدان علم النفس وكان المرض النفسى يعتبر نوعًا من الانهيار أو الخلل يرجع إلى تكوين وراثى أصلى، ومن ثم كانت طرق علاجه غير علمية تعتمد على الشعوذة والدجل. (٣ : ٦١)

وعلى الرغم من أن الفضل يعزى إلى فرويد أحيانًا لاكتشافه اللاشعور «العقل الباطن» فإن التسليم بذلك لا يبرره التاريخ. إذ يبدو أن بداية التحليل النفسى كانت على يد جماعة من العلماء والأطباء الأوربيين أثناء معالجتهم لمشاكل الناس، فقد وجدوا أن الكثير من الأحداث الغريبة غير المنطقية فى حياة هؤلاء التى يمكن تنظيمها على أساس من التفسيرات التى أسموها «ما تحت الشعور» والذى يشتمل على تلك الأحداث التى لا تصل أبدًا إلى سطح الشعور، ولكنها تؤثر إلى حد كبير فى الحياة الشعورية ولنتأمل مقدمات الفكر لهذه النظرية التحليلية عند شاركوت طبيب الأعصاب الفرنسى، حيث

يعود إليه الفضل فى البحث عن الحقائق السيكولوجية التى من شأنها أن تفسر الأعراض الهستيرية مثل الشلل والتقلصات المختلفة وغيرها من الأعراض. واستنتج بيير جانييه أحد تلاميذ شاركوت من دراسته على بعض الحالات الهستيرية ـ ممن لا يحسون بأيديهم أو الذين لا يرون إلا جزءاً صغيراً فى مركز مجال الإبصار وما إلى ذلك ـ أن الظاهرة المشتركة فى هذه الحالات كلها هى تضييق مجال الشعور، أو انفصال جزء من الشعور عن الكل، وفى ظروف معينة يعمل هذا الجزء المنفصل. كما لاحظ فرويد مع أستاذه شاركوت أن المرضى بالعصاب عادة تنتابهم صعوبات فى حياتهم الجنسية، ولكن بمجرد تذكرهم لخبراتهم الماضية فى هذا الصدد يحدث نوع من التطهير الذهنى الذى يؤدى إلى تخفيف وطأة العضاب. ولقد وجد فرويد أن تذكر تلك الخبرات المقلقة كان عملا عسيراً للغاية مما جعله يقتنع بأن مرضاه قد نسوا فعلا هذه الأحداث الجنسية الماضية. وأدى ذلك إلى اقتناعه بأن تلك الخبرات المنسية هى سبب العصاب. (٧ : ٥٩) ثم بدأ فرويد بلورة مفاهيمه عن التحليل النفسى من عمله مع بروير فى معالجة المرضى الذين كانوا يعانون من الهستيريا. حيث اتضح لهما أن الأعراض الهستيرية ـ الحسية أو الحركية... إلخ ـ التى يعانى منها المرضى، إنما تنشأ نتيجة إخفاء بعض الذكريات والأحداث وكبتها، وأن تذكر هذه الحوادث أثناء العلاج يساعد كثيراً فى زوال الأعراض التى يعانى منها المريض، وفى تحسن حالته بصفة عامة. لتنمو حينئذ احتمالات وجود منطقة غيبية هى «اللاشعور».

وعندما تبين لهما ذلك وتأكدا منه عمدا إلى تتبع ذكريات المرضى وفحصها فحصاً دقيقاً واستعانا على ذلك بالتنويم المغناطيسى، ووجد فرويد بعد ذلك أن طريقة التنويم المغناطيسى تعترضها صعوبات كثيرة وأنه ليس من السهل استخدامها فى كل الأحوال فليس كل الناس قابلين للتنويم

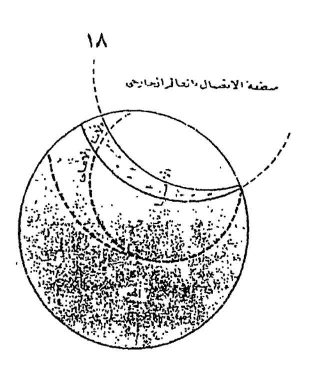
المغناطيسى كما يمتنع الكثيرون عن استخدامها معهم، فضلا عن ارتباطها بطرق الدجل والشعوذة التى كانت شائعة فى تلك الأوقات. ففكر فى استخدام طريقة تحل محلها هى طريقة التحليل النفسى، باستخدام التداعى الحر لأفكار وذكريات المريض وتحليل أحلامه. (٣: ٦١). وأصبحت سيادة الرغبات الجنسية اللا شعورية والتى لم تتحقق من الطفولة فصاعداً عقيدة أساسية فى نظرية التحليل النفسى، وأصبح التعلق القوى بالمعالج (التحويل الإيجابى) جزءاً من عملية العلاج فى التطبيق الإكلينيكى للتحليل النفسى.

ويجدر بنا وقبل أن نتقدم فى تحليلنا لنظريات وتكنيكات التحليل النفسى لفرويد أن نشير إلى أنه بالرغم من وجود بعض من سبقوا فرويد فى التدليل على وجود اللاشعور بيد أنه لا يوجد من تفوق عليه فى أصالته الثاقبة وثراء التفاصيل التى شرح بها الظواهر النفسية اللاشعورية (٨: ١٧-٢٠). وهكذا قام فرويد (١٩٥٦-١٩٣٥) بوضع أصول نظريته فى التحليل النفسى ـ أو ما يسمى بسيكولوجية الإد أو اللاشعور ـ وتطويرها خلال حياته المهنية كطبيب. وقد بنى نظرياته وتكنيكاته على أسس مستمدة من الفرضيات التى تصورها عن خبايا النفس الداخلية من خلال ممارسته للعلاج النفسى مع مرضاه من المضطربين نفسياً.

مقومات وفرضيات المدخل التحليلى الفرويدى:

وفى إيجاز نشير إلى أهم مقومات وفرضيات هذا الإطار المبكر للمدخل التحليلى الفرويدى:

١ ـ إن هناك ثلاث مستويات للوعى (الحياة النفسية): الشعور، ما قبل الشعور، اللا شعور. وما هو قبل شعورى أو لا شعورى يمكن أن يصبح شعورياً. (٩: ٦٧).



الشعور
قبل الشعور
اللاشعور

شكل (١)

يبين العلاقة بين مستويات الوعي وعناصر بناء الشخصية .

في المستوى الشعوري Consciousness توجد الأفكار التي يكون الفرد على وعي بها حالياً.

وفي مستوى ما قبل الشعور أو شبه الشعور: Preconsciousness توجد الأفكار التي لا يعيها الفرد حالياً ولكن يمكن تذكرها.

أما المستوى اللاشعوري Unconsciousness فيكون الجزء الأكبر من الشخصية وله قوته وأثره على السلوك. ويحتوى على الذكريات المنسية والأفكار الجنسية المكبوتة والمشاعر غير المقبولة والتي لا يمكن تذكرها. (١٠ : ٣٢٣).

وفي تصور فرويد بأن القوى اللاشعورية تسيطر على توافقات حياة الإنسان، ابتدع تشبيهاً ينبغي بالحياة، عن الفعل، فشبهه بجبل من

(انظر شكل ١). والذى يظهر منه فوق سطح الماء قطاع صغير فقط من مجموع كتلته وهى «منطقة وعينا وإدراكنا»، أما باقى كتلته فتقع تحت سطح الماء وهى تكون فى العادة غير مرئية، أى منطقة مظلمة وهى «اللاشعور».

فأى تشبيه حى لهذا الذى يصور أن معظم الحياة العقلية النفسية للفرد تكمن تحت السطح، أى فى «العمق»، لذا يتعذر الوصول إليها.

وعلى ذلك أكد فرويد أن الشخص نفسه يكون غير واع بالجوانب المسيطرة على حياته العقلية. (١١ : ٣٨)

(٢) إن كبت الدوافع الغريزية والمشاعر غير المقبولة وتراكمها فى أعماق اللاشعور لا يعنى انعدامها على الإطلاق ولكنها تسعى من حين لآخر لكى تظهر وتطفو فوق سطح الشعور ويحس الفرد بتأثيرها وضغطها عليه، فتبدو هذه الدوافع اللاشعورية فى سلوك الفرد بصور ملتوية مقنعة لتعبر عن نفسها، كما تبدو فى أحلامه، وفى فلتات لسانه وزلات قلمه، كما تظهر فى صورة أعراض لبعض الأمراض النفسية «الأعمال القهرية» وما إلى ذلك.والسبب فى عدم ظهورها بصورة صريحة هو أن الضمير أو الرقيب يمنع ظهورها بصورة مكشوفة صريحة. (١٢ : ٤٠، ٤٤).

(٣) إن للشخصية ثلاثة عناصر ومنظومات فرعية هى: الهو، الذات، والذات العليا. وبالرغم من أن كل منها يشكل قطاعاً من النسق الكلى للشخصية ويملك وظائفه الخاصة، ومحتوياته، وديناميياته... إلا أنهم يرتبطون ببعضهم فى تفاعل وصراع دائم متبادل. (١٣ : ٦)

الهو Id (الذات الدنيا): وهو مخزن للدوافع والاستجابات الفطرية المشبعة لهذه الدوافع. وهو لا شعورى، لا منطقى، لا خلقى، ولا يقيم وزناً

للمثل والمعايير، يتبع مبدأ اللذة Pleasure Principle، ويتطلب الإشباع العاجل دون اعتبار للنتائج.

الذات Ego (الذات الوسطى): وتعتبر حلقة الاتصال بالعالم الخارجي: وهي منطقية، خلقية، تهتم بالمعايير الاجتماعية، وتخضع لمبدأ الواقع Reality Principle. (١٤ : ٣١٩)

وتنمو الذات من الهو وتحتوى على أجزاء شعورية وأخرى لا شعورية، وهي التي تهتم بما يجرى في بيئة الفرد، وعليها أن تفي بمطالب الواقع، وأن تشبع المطالب الداخلية للذات العليا، وتقاوم ضغوط الذات الدنيا التي تدعو للانطلاق (١٥ : ١٧٢)

ومن ثم فإن الذات (الشخصية الشعورية) تقع تحت تأثير ثلاث قوى أو ضغوط في غاية الشدة هي:

١ ـ الذات الدنيا بقواها النزاعة للتعبير عن نفسها، وأهم القوى النزعات الجنسية والعدوانية وما إلى ذلك.
٢ ـ الذات العليا (الضمير اللا شعورى) بتحكمها في الشخصية الشعورية والسماح لها بقبول بعض نزعات الهو، وعدم قبول بعضها إطلاقاً.
٣ ـ العالم الخارجي أو عالم الواقع بمغرياته ومثيراته وتقاليده وقيمه. (١٦ : ١١٢، ١١٤)

وعلى ذلك فكلما نجحت الذات في التعامل مع قوى هذا المثلث تعاملا حسناً، ووفقت بينها جميعاً سارت الحياة النفسية سيراً سوياً واتجهت الشخصية إلى التكامل والاتزان، وإن فشلت في هذا التوفيق لشطط في إحدى القوى الثلاث المحيطة بها، اختل التوازن النفسي وكانت النتيجة مرضاً نفسياً أو عقلياً أو سلوكاً انحرافياً وما إلى ذلك. (١٧ : ٤١٤)

الذات العليا Super Ego: وهي تنمو مع الشخص، ونعتمد في هذا

النمو على تقمص السلطة وخاصة الوالدية، ونوع التعلم الذى يتعرض له الفرد، وهى تعمل على مستوى لا شعورى، وتمثل السلطة الوالدية والمعايير والقييم السائدة فى المجتمع. أى أنها الضمير اللاشعورى الذى يحكم على سلوك الفرد وسلوك الآخرين، من حيث قيمته الأخلاقية ومن حيث قبوله اجتماعياً. (١٤ : ٣٢٠) فهو يعمل كقاضى للأخلاق تبعاً للمبادئ «المثالية» كما أنه يحدد السلوك، يقمعه أو يمنعه، ويتحكم فى ضبطه، فهو السلطة الضابطة العليا فى الإنسان، فإذا لم يستجب الفرد لنداء الضمير فإنه سوف يعاقبه عن طريق قوة داخلية من خلال الشعور بالذنب وكراهية الذات ونبذها.

وعلى الرغم من طبيعة الضمير الخلقية إلا أنه إذا أصبح حاداً أو قاسياً أكثر من اللازم، فإنه يظل يؤنب صاحبه على كل كبيرة وصغيرة، وتؤدى حدة الضمير إلى تكوين شخصية هيابة مترددة تميل إلى الشك والخوف، إذا زادت سيطرة الضمير فى الشخصية يصبح الفرد عبداً لمشاعر الذنب والتأنيب القاسية، كما أن ضعفه أكثر من اللازم يؤدى إلى نشأة الانحراف السيكوباتى. (١٥ : ١٧٢، ١٧٣)

(٤) إن التوازن بين هذه المنظومات الثلاثة (الهو، الذات، والذات العليا) ـ يؤدى إلى تكامل الشخصية، وتصارعها أو تغلب إحداها يؤدى إلى اختلال التوافق واعتلال الصحة النفسية ونستطيع أن نوضح ذلك بما ذكره فرويد فى نظريته عن الصراع. (١٨ : ١٢٩، ١٣٠).

فهناك صراع بين الذات والهو، فمكونات «الهو» الغريزية تسعى دائماً للتعبير عن نفسها، فى الوقت الذى تقف فيه «الذات» لهذه النزعات بالمرصاد دفاعاً عن الشخصية، وعملا على تكيفها مع الأوضاع الاجتماعية المتعارف عليها. ويترتب على اختلاف وتعارض وظيفة كل منها وجود صراع داخلى فى أعماق النفس اللا شعورية، صراع بين قوة مانعة تحول

دون هذه العناصر الغريزية اللا شعورية، وبين التعبير عنها. إن هذه القوة المانعة (الممثلة فى الذات) تخاف على الدوام من أن تقهر من مثل النزعات الغريزية الممثلة فى «الهو» ومن ثم تعيش فى قلق دائم.

وهناك نوع آخر من الصراع ـ ذكره فرويد ـ صراع بين «الذات» و«الذات العليا». ويبدو نشاط «الذات العليا» فى حالة صراعه مع «الذات» عن طريق إصدار الأوامر والنواهى إليه، مما قد يأخذ أحيانًا صورًا مرضية تبلغ من الخطورة بحيث يصبح قلق الضمير شيئًا لا يطاق، وفى هذه الحالات تستحوذ على الفرد حاجة ملحة إلى إتهام الذات ومعاناة أشد أنواع الآلام والعذاب.

وهناك نوع ثالث من الصراع يتمثل فى حالات الصراع بين مكونات «الذات العليا»: فقد ينمى الفرد غالبًا دوافع نفسية تكون فى حالة تصارع بعضها مع بعض، فقد ينمى أنواعًا من الطموح لا يمكن التوفيق بينها، وقد تتعارض أنواع طموحه مع المعايير الأخلاقية، فتتصارع هذه وتلك مع مفهومه عن الواجب.

(٥) إن الصراع أو الإحباط عندما يكون شديدًا ومتصلا فإن الفرد يشعر بالتهديد للذات وبالتالى يشعر بالقلق. وقد ميز فرويد بين أنواع ثلاث من القلق هى: (١٩ : ٢٨٤)

القلق الواقعى أو الموضوعى: Realistic Anxiety

وهذا النوع من القلق أقرب منه إلى الخوف، يكمن مصدره فى العالم الخارجى.

القلق العصابى: Neurotic Anxiety

ويكمن مصدره داخل الفرد نفسه، لكنه لا يستطيع أن يجد له مبررًا موضوعيًا، وأسبابه مكبوتة لا شعورية، كما هو الحال فيما يسمى بالفوبيا.

القلق الخلقى أو الذاتى : Moral Anxiety

ويعانيه الفرد كأحاسيس إثم أو خجل عند الذات، ويكمن فى تركيب الشخصية كما هو فى القلق العصابى، هو صراع داخل النفس يهدد الذات المثالية Ego Ideal أو الضمير، حتى أن الشخص ينزل بنفسه العقاب على نفسه تكفيراً عما بدر منه من ذنب وحتى يحصل على الراحة النفسية.

(٦) إن شعور الفرد بالقلق والتوتر يؤدى إلى عدم استقراره وسوء توافقه، لذلك يحاول الفرد قدر طاقته أن يخفف من هذا القلق والتوتر بغية استعادة توازنه النفسى عن طريق ما أسماه فرويد بـ «الميكانيزمات الدفاعية» Defensive Mechanisms(١٩ : ٢٨٧) (كالكبت والتبرير والإنكار، والإسقاط، والنكوص، والتقمص وغيرها). وهى حيل لاشعورية يحمى بها الفرد نفسه مما يهدد تكامل الذات لديه.

وعلى الرغم من أهمية بعض هذه الحيل الدفاعية للحياة الطبيعية، إلا أنها وسائل غير معقولة لمعالجة القلق، ذلك أنها تعمد إلى تشويه الحقيقة أو إنكارها أو إخفائها، إنها لا تستهدف حل الأزمة التى يعانى منها الفرد بقدر ما تستهدف الخلاص من القلق بخفضه أو إنكاره أو درءه أو إلهاء الفرد عنه، إنها وسيلة للراحة الوقتية إنها تعوق النمو النفسى للفرد، ذلك أنها تحجر على الطاقة النفسية وتعطلها، وهى إن حققت نجاحاً وصارت ذات أثر فعال فى تحقيق أغراضها استمرت فى استبدادها وسيطرتها على الذات وأمعنت فى إنقاص مرونتها على التوافق، وهى إن فشلت فى تحقيق أهدافها، تصبح الذات وقد استبد بها القلق ولم يعد لها من سند تعتمد عليه، هنا يقع الفرد فى غوائل الانهيار النفسى.

(٧) إن جميع الظواهر النفسية شعورية كانت أولا شعورية تصدر عن طاقة دينامية نفسية ليبيدية Libido تعمل على تنشيطها تسمى بالغرائز

Instincts، وهى المحركات الأولى للسلوك. وقد حدد فرويد عدداً قليلا من الغرائز الأساسية تضم عددا أكبر من الغرائز هى: (٢٠ : ٣٤)

غريزة الحياة: Eros أو غريزة الحب

وهى القوى البناءة فى النفس،وتهدف إلى البقاء، ويدخل فى إطارها غرائز حفظ الذات وحفظ النوع والغريزة الجنسية وحب الذات وحب الموضوع.

غريزة الموت: Thanatos أو غريزة العدوان:

وهى القوى الهدامة التدميرية فى النفس، وتهدف إلى الفناء. ويوجد صراع دائم بين هاتين الغريزتين الأساسيتين. والسلوك حسب هذه الآراء مزيج متوافق أو متعارض من غرائز الحياة وغرائز الموت، ويؤدى هذا المزيج إلى اضطرابات فى السلوك.

(٨) إن الأسس التى يقوم عليها بناء الشخصية وتطورها يتم تحديدها خلال السنوات الخمس الأولى من العمر، وأن السلوك الحالى للفرد، يرتبط بمجموع خبراته السابقة التى مر بها خلال مراحل النمو النفسى الجنسى Psychosexual Development، وتسمى هذه المراحل تباعاً (٢١ : ٧٦، ٨٤) بالمرحلة الفمية والمرحلة الشرجية، والمرحلة القضيبية وهى ما تسمى بـ «مرحلة ما قبل النضج الجنسى»، وتستمر خلال السنوات الخمس الأولى من العمر، على وجه التقريب، ويعقب ذلك مرحلتان أخريتان هما مرحلة الكمون ـ من ٦ إلى ١٢ سنة ـ والمرحلة التناسلية وهى المرحلة الأخيرة من مراحل النمو.

(٩) ويرى فرويد أن كل مرحلة من مراحل النمو النفسى الجنسى تتميز بسمات وخصائص معينة تبعاً للوسائل المستخدمة فى عمليات الإشباع الجنسى المميز لكل مرحلة على حدة. وأول هذه المراحل التى تتميز بها السنة الأولى من حياة الطفل هى المرحلة الفمية.

ويتمركز نشاط الطفل اللبيدى فى هذا الطور من النمو فى الفم، ويتم الإشباع عن طريق هذا المصدر. ثم تأتى **المرحلة الشرجية**.

وفيها تتحول اللبيدو جزئياً إلى المنطقة الشرجية، وتكون عمليتا القبض على البراز وإخراجه مصدراً للذات حادة. وتتركز اهتمامات الطفل فى هذه الفترة (من سنة إلى ثلاث سنوات) إلى حد كبير حول نفسه (نرجسية)Narcissism، ويشتق إشباعاته أساساً من جسمه (لذة ذاتية) Auto - Erotism وتكون علاقاته الاجتماعية بدائية وموجهة إلى موضوعات جزئية (ثدى الأم مثلاً بدلاً من الأم ككل). ويصبح القضيب عند الذكر والبظر عند الأنثى فى حوالى سن الثالثة بؤرة النشاط اللبيدى، ولهذا يتم الدخول فى آخر طور من مراحل ما قبل النضج الجنسى، وتسمى هذه المرحلة **بالمرحلة القضيبية** Phallic. (٨: ٢٢). وفى هذه المرحلة أيضاً قد تحدث **«عقدة أوديب»** Oedipus Complex عند الولد الذى يحب أمه ويجد فى أبيه منافساً له فيشعر بعداء نحوه ويشعر بالإثم وتهديد بالخصاء ويمهد ذلك لمرحلة الكمون. ويحدث عكس هذا لدى البنت **«عقدة الكترا»** Electra Complex حيث تحب أباها وتجد فى أمها منافسة لها فتشعر بعداء نحوها وتشعر بالإثم، وتدرك أيضاً حرمانها من القضيب ـ ويرى فرويد أن عقدة أوديب وعقدة الكترا إذا لم تحل أدت إلى العصاب ـ ثم تبدأ **مرحلة الكمون**.

مع العام السادس وتمتد حتى بداية المراهقة حيث يتم البلوغ الجنسى فتتجه الغريزة الجنسية نحو الجنس الآخر ويحل الموقف الأوديبى، يلى ذلك المرحلة التناسلية المميزة للحياة الجنسية عند الراشد ويسيطر عليها الجماع الجنسى. (٢٠: ٦٩)

(١٠) وقد يتعرض النمو الجنسى فى أى مرحلة إلى حالة من التثبيت ـ بسبب صدمة أو إحباط ـ أو حالة من النكوص أى التراجع إلى مرحلة

سابقة من مراحل النمو. وبذلك تستثار وتبعث من جديد أنماط من السلوك الطفلي المرتبطة بالمراحل السابقة. وعندما يحدث هذا يكون عاملا ممهداً لاضطراب نفسي في المستقبل. (٢٢ : ٣٩٤). فطفل الثالثة قد يرتد إلى عادة مص الأصابع، عندما يتعرض لموقف انفعالي سيئ كمولد أخ جديد له، ويرى فرويد أن إدمان الكبار على الخمور ارتداد إلى المرحلة الفمية، وظهور الأعراض الهستيرية ارتداد إلى المرحلة القضيبية، والإصابة بالعصاب النفسي القهري ارتداد إلى المرحلة الشرجية. (٤ : ١٥٧).

وهكذا يرى فرويد أن المرض النفسي، ما هو إلا تشبيت لمرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي أو نكوص إلى مرحلة أخرى سابقة.

(١١) وأن التثبت للطاقة النفسية الجنسية عند المرحلة الحالية يؤدي إلى أحد أنماط الشخصية التالية: (١٨ : ٧٨، ٧٩)

النمط الشبقي الفمي: Oral - Erotic Type

ويندرج تحت هذا النمط: النمط الفمي السلبي ويقابله النمط الفمي السادي ويتميز الأشخاص الذين ينتمون إلى النمط الفمي السلبي Oral Passive Type ـ المرتبط بفترة المص في المرحلة الفمية ـ بأنهم يعتمدون على غيرهم، متشائمون غير ناضجين، ويتوقعون قضاء حاجاتهم، عن طريق الآخرين، ويرغبون في أن يستمروا تحت رعاية والديهم أو من يكون بديلا لهم. إن تكيف مثل هؤلاء الأشخاص مع العالم كأشخاص راشدين يتميز بالسلبية، كما كان في فترة الامتصاص حيث كان يلقى فيها قضاء لحاجاته من شخصية يشعر حيالها بالوقاية والحماية، أما النمط الفمي السادي Oral - Sadistic Type فإن أصحابه يتميزون بالالتجاء إلى بعض الوسائل التي تشعرهم باللذة، وهي العض والقضم والمضغ، وتتسم نظرتهم الأساسية

بالتشاؤم والريبة فى أى مساعدة تقدم إليهم. ويتميز أسلوبهم فى الكلام بأنه تهكمى ولاذع ويميلون إلى مهاجمة الآخرين.

النمط الشبقى الإستى: Anal - Erotic Type

ويتميز أصحاب هذا النمط بالتزمت والبخل، والعناد والمكابرة، وبأن حياتهم تسير وفق نظام جامد.

وأخيراً، **النمط القضيبى:** Phallic Type

ويتسم أصحاب هذا النمط بالميول الاستعراضية، وبالزهو والتفاخر الزائدين، والمطوح الزائد، والنرجسية «حب الذات».

(١٢) تتسم تصرفات الفرد ومشاعره بقدر من التناقض أو التذبذب الوجدانى Amlivalence، أو ما يسمى بـ «ازدواجية الانفعالات». فمشاعر الحب نحو شخص ما يصحبها بعض مشاعر الكراهية. ولكن الظروف الاجتماعية تحول دون ظهور الجانب السلبى من الانفعالات، لذلك يكبت فى منطقة اللا شعور (١: ١٥٤)، فالزوج قد يحب زوجته حباً شعورياً على حين يكمن فى لا شعوره بعض مشاعر الكراهية نحوها.

(١٣) ينقل الفرد عادة انفعالاته ومشاعره ـ الإيجابية (حب) أو السلبية (كراهية) ـ المتعلقة بشخص له صلة به فى الماضى ـ كالأب أو الأم... إلخ ـ إلى أشخاص آخرين يشبهونهم فى نظره فيتعلق بهم ويحبهم أو يكرههم. وتلك العملية تسمى بالتحويل Transference(٤ : ١٠٢، ١٥٥)

وقد لاحظ فرويد أن المريض خلال التحليل النفسى ينقل إلى المعالج انفعالاته ومشاعره الإيجابية أو السلبية التى سبق له أن كونها نحو الناس فى الماضى، فقد ينظر إليه كالأب أو المنافس أو الند. وواضح أن هذه الانفعالات

والمشاعر المحولة نحو المعالج تكون غير عقلية. ولكن تناولها بحكمة والتعرف عليها يجعلها مظهراً هاماً من مظاهر العلاج. وتساعد عملية التداعى الحر على حدوث عملية التحويل الانفعالى حيث يمتاز الموقف بالقبول والتسامح. وبتشجيع المريض على أن يذكر كل ما يرد على خاطره.

خدمة الفرد وعلاقتها بالمدخل التحليلى الفرويدى:

لقد كانت المعطيات التحليلية الفرويدية ومفاهيمها الثورية فى حقيقة سلوك الإنسان فعل السحر فى العلوم المرتبطة بهذا الإنسان، وكان أكثرها تأثرياً طريقة خدمة الفرد ذاتها، بوصفها الطريقة التى تتعامل مع فرد بغية مساعدته فكان رد الفعل الحتمى لهذا الأثر، هو أن تنحو خدمة الفرد ناحية نفسية، سيطرت على كثير من مدارس الخدمة الاجتماعية فى العالم بل وفى الكثير من المؤسسات الاجتماعية وخاصة تلك التى من أهدافها تصحيح السلوك أو تكييف الفرد مع بيئته. (٢٣: ٤٥).

ورغم تأثر خدمة الفرد بالعديد من مفاهيم وتكنيكات هذا المدخل التحليلى الفرويدى، إلا أنها لم تستخدمها بالمعنى المفهوم فى هذا الاتجاه. فقد أعادت خدمة الفرد تنقيح بعض هذه المفاهيم والتكنيكات لكى تتناسب مع ممارساتها، ورفضت بعضها الآخر الذى لا يتناسب مع هذه الممارسة. فرفضت خدمة الفرد ـ على سبيل المثال ـ التكنيك الخاص باستدعاء المواد اللا شعورية المكبوتة، لأنه لا يتفق مع أهدافها وفلسفتها بالإضافة إلى أن خدمة الفرد تدرك أن ما لديها من أساليب ووسائل لن يمكناها من الوصول إلى تلك المكبوتات اللا شعورية العميقة والتعامل معها مباشرة كما تدرك خدمة الفرد أيضاً أن هذه الوحدات المكبوتة والعميقة الجذور فى الشخصية، إنما توجد لمساندة التوازن النفسى للشخص والمحافظة عليه لذلك لا يجب التلاعب به. بل وتدرك خدمة الفرد تماماً أن ما يقدمه العملاء من مضطربى الشخصية ـ فى موقف عملية المساعدة ـ من مواد لا شعورية من تلقاء

أنفسهم، أو بعض العملاء الذين يقدمون هذه الوحدات المكبوتة اللاشعورية نتيجة لاستجاباتهم التحويلية، فإن جهود الأخصائي الاجتماعي مع هذه الأنماط من العملاء يجب أن توجه نحو مساعدتهم في التركيز على الواقع. (٢٤ : ٤٤، ٤٥). فتعامله هو مع وحدات شعورية أو شبه شعورية أي مع المواد المكبوحة التي تقع في منطقة الشعور وما قبل الشعور. (٢٥ : ١٣٨).

وكانت أهم المفاهيم التي تأثرت بها خدمة الفرد وامتصتها من النظرية التحليلية الفرويدية لتقيم اتجاهها النفسي الجديد هي:

(١) إن السلوك الذي يقوم به الفرد ليس من الضروري أن يكون الدافع وراءه دافعاً شعورياً محسوساً به وإنما قد يأتي الإنسان بكثير من أنماط السلوك التي لا يعرف الدافع وراءها. (٢٦ : ١١٤). فقد يكون الدافع مما يؤذي شعور الإنسان وقد يتضمن أموراً تعافها النفس الشاعرة، كما قد يكون الدافع منسياً من عهد الطفولة المبكرة. فقد يدفع المعوق مثلا شعوره الدفين بالنقص والضعف إلى العدوان وإظهار القوة، وقد يدفع العامل المشكل شعوره بالكراهية نحو زملائه للتشهير بهم والنيل منهم وما إلى ذلك.

من هذا نرى أن العميل كإنسان لا تحركه دوافع شعورية وحسب ولكن هناك أيضاً دوافع لا شعورية تكمن وراء كثير من الأنماط السلوكية التي يقوم بها. ومن ثم فإننا كما وسبق للمهنة يجب أن نكون على حذر دائماً من قبول الدوافع الشعورية كمبدأ لتفسير سلوك العميل، إذ كثيراً ما يكون الدافع الشعوري للسلوك مجرد تمويه وتغطية وتبرير لدافع آخر حقيقي لا شعوري. وهكذا يجب الاهتمام بدراسة الدوافع الكامنة وراء سلوك العملاء حيث أن لكل سلوك دافع وله معنى فيجب تفسيره عند قيام الأخصائي بعملية التشخيص.

(٢) إن الوحدات المكبوتة لدى الفرد، رغبات كانت أو أحاسيس مختلفة (بالإثم أو الخوف) يراها فرويد وحدات نشطة لا تستقر مستسلمة فى أعماق اللا شعور، وإنما هى تتحين الفرص المواتية للتعبير عن نفسها فيما أسماه بالحيل الدفاعية Defensive Mechanism (كالتبرير أو الإسقاط أو التعويض،... إلخ) كأساليب لا شعورية بغية استعادة التوازن النفسى للشخصية، أو قد تنطلق من الأحلام بعيدا عن أعين الرقيب أو فى فلتات اللسان أو أخطاء الكتابة.. وما إلى ذلك من وسائل تنفيس أو تعبير عن هذه الرغبات.

ولكى تتصور العلاقة الوثيقة بين هذه المفاهيم وبين المشكلات التى تتصدى لعلاجها خدمة الفرد، نشير بأنه تبعًا لهذه المفاهيم، فإن الكثير من سلوك العميل الاتكالى أو الانحرافى أو الإدمانى، يمكن أن يفسر بأنه حيل دفاعية لا شعورية ينتج عنها بالضرورة مشكلته مع أسرته أو عمله أو القيم السائدة... إلخ. فالإدمان يمكن أن يكون إنكارًا لا شعوريًا للاكتئاب، وعدم التوافق الأسرى يمكن أن يكون تحويلا لا شعوريًا وأفعالا عكسية لا شعورية نحو الزوج أو الزوجة، والدعارة يمكن أن تكون نزعة تدميرية للذات التى تقمصت فردًا معينًا تريد التخلص منه والحدث المنحرف يسلك سلوكه العدوانى كتعويض لا شعورى عن الحرمان من العطف أو الشعور بالأمن، وتعطل الرجل عن عمله وسلبيته هو مظهر من مظاهر النكوص اللا شعورى بالعودة إلى مرحلة الطفولة المعتمدة على الغير وهكذا. بل يمكن أن يفسر تخلف العميل عن المقابلة أو تأخره عن الموعد بأنه نسيان لا شعورى وبعض من عباراته أنها فلتات لسان من طبيعة لا شعورية. (٢٣: ٤٤، ٤٥).

وعلى الرغم ما للميكانيزمات الدفاعية من دور مهم فى مواجهة الشخص للأخطار الخارجية والداخلية ومساعدته على تجنب ما لا يستطيع مواجهته، إلا أنه يجب على الأخصائى الاجتماعى أن يساعد عملاءه ـ من

خلال عملية المساعدة ـ على تجنب خطر المبالغة في استخدام هذه الميكانيزمات الدفاعية حتى لا يقل ارتباطهم بالواقع وتزييفه وتشويههم للحقيقة، وحتى لا يتسبب هذا الموقف الدفاعى فى إضعاف ذات العميل وتقييدها. إذ أنه إذا قيدت ذات العميل وركزت طاقتها فى هذه الوظيفة الدفاعية فلن يتبقى لها من القوة والطاقة لممارسة الوظائف الأخرى ـ مثل الإدراك، والتفكير، وحل المشكلة ـ وجميعها أساسية لأداء الوظائف التكيفية للذات (٢٤ : ٣٣)

(٣) خبرات الخمس سنين الأولى للعميل تكمن فيها الجذور الأولى للمشكلات التى تعوق توافقه النفسى. فما حدث خلال مراحل النمو النفسى الجنسى ـ فمية واستية وقضيبية وأوديبية ـ من إحباط أو صدمات يمكن أن تؤدى إلى تثبيت لسمات بعينها فى السلوك أو إلى كبت لهذه الأحاسيس فى اللا شعور لتخرج مقنعة إلى الشعور بصورة أو بأخرى. (٢٣ : ٤٦). مما يؤثر على تصرفات الفرد وسلوكه فى علاقاته المختلفة مع غيره من الأفراد سواء فى الأسرة أو المدرسة أو العمل أو الزواج أو حتى مع نفسه. وتأتى هذه الآثار على هيئة أعراض مرضية مختلفة، منها الأنانية وحب النفس ـ التواكل والجنسية المثلية وعدم التوافق الأسرى الجنسى النفسى، وما إلى ذلك مما يقع تحت نظر الأخصائى. (٢٧ : ٣٥، ٤٢)

ورغم تعامل خدمة الفرد مع المنطقة الشعورية للعملاء فقط. إلا أن تفهم هذه العمليات اللا شعورية يساعد على تفهم حقيقة المشكلة ذاتها. لذلك فإن الأخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى ظل هذا الاتجاه التحليلى النفسى يهتم كثيراً بدراسة التاريخ التطورى لنو العميل فى هذه الفترة من العمر حتى يجد من الرواسب والمكبوتات والصدمات ما يمكنه من أن يفسر تصرفات العميل واستجاباته فى الوقت الحالى والتى لها علاقة بمشكلته ـ

الأسرية أو السلوكية وما إلى ذلك ومعرفة مدى قدرته على التصدى لموقفه الإشكالى، مما يساعد الأخصائى على أن يضع تشخيصاً سليماً لمشكلته وخطة علاجية فعالة لها. (٢٨ : ١٧٦)

(٤) أهم الصراعات التى تتنازع فى الحياة النفسية للفرد هى: صراع الحياة والموت، وصراع الحب والكره وصراع الذات والذات العليا وصراع الذات والهو. فهى ألوان من الصراعات التى تلازم حياة الإنسان، يعيشها لأنه يملك وحداتها، تخلق إما تناقضاً وجدانياً يعطل حركته، أو إيثار جانب منها على جانب آخر فيفقد قدراً من توافقه النفسى. (٢٣ : ٤٦)

(٥) أن الطاقة النفسية هى التى تنظم سلوك الفرد وتقرر أداءه الوظيفى، وتؤدى إلى حالة الاتزان فى الشخصية أو اضطرابها. ويرجع فرويد نوع وحالة الاضطراب فى توازن الشخصية إلى ثمة عوامل هى:(٢٤ : ٤٢، ٤٣)

١ ـ المستويات اللا شعورية فى الحياة النفسية للفرد والعلاقات بين المنظومات البنائية للشخصية.

٢ ـ الأدوات التكيفية للذات إلى (ميكانيزمات التوافق) التى تم تعلمها من خبرات الحياة السابقة.

٣ ـ نوعية المطالب اللبيدية والعدوانية وكميتها فى الشخصية.

٤ ـ التثبيت على مرحلة سابقة من مراحل النمو النفسى الجنسى أو النكوص إلى مرحلة أخرى سابقة.

ويعنى ذلك ـ ووفقاً لهذا المفهوم الفرويدى ـ أنه يمكن النظر إلى شخصية العميل بكونها نسقاً مفتوحاً تنبع الطاقات النفسية فيه إما كلياً من دوافعه الغريزية الفطرية أو من تفاعل حاجاته الغريزية مع مطالب البيئة وفرصها. ويتم التعبير عن هذه الطاقات النفسية أو كبتها أو كبحها أو تحويلها إلى فكر وفعل، بواسطة بناءآت وطبقات وأدوات الشخصية وميكانزماتها.

والذات فى هذا النسق تكون وظيفتها تصفية المدخلات والمخرجات أو انتقائها. كما تعمل وظائف الذات والذات العليا على الإمداد بدورات للتغذية المرتدة والتخزين فى الشخصية.

وعلي هدى ما سبق فالأخصائى يستطيع من خلال فهمه لهذا البعد كما تصوره فرويد، أن يتوصل إلى تشخيص التوازنات فى الأداء الوظيفى النفسى الداخلى للعميل، ولتحقيق ذلك يتعين على الأخصائى التعرف على القوى والوظائف والميكانيزمات التى تعمل داخل العميل وتقدير توازنها والوزن النسبى لها والنمط الدينامى الذى تتفاعل به، ويجعله ذلك ـ مثلا ـ يسعى إلى معرفة قوة الاحتياجات الليبيدية لدى العميل ووزنها النسبى، وشدة القوى المضادة فى ذاته وذاته العليا، كما يتعين على الأخصائى الاجتماعى أن يسعى إلى تقدير القوة النسبية للضغط الموقفى الذى يتعرض له العميل وكيفية إدراكه واستجابته لهذا الضغط، مما يساعد الأخصائى على أن يوجه حكمه للجوانب التى يجب أن يتدخل فيها على متصل الشخص والموقف ويحدد التكنيكات العلاجية المناسبة لهذا التدخل العلاجى.

(٦) تعديل شخصية العميل وتنمية ذاته مرتبط بالضرورة بتحريره من صراعاته الداخلية الشعورية واللاشعورية ولكى يتم هذا لابد أن تنشأ علاقة Rapport بين الأخصائى والعميل (٢٣ : ٤٦)، علاقة تقوم على الحب والثقة والاحترام والرغبة فى المساعدة مما تخلق مناخاً نفسياً مناسباً يسمح للعميل بالتنفيس عن مشاعره الداخلية. من ثم تتهيأ له الفرصة للتخلص من هذه الصراعات وهذه المشاعر الحبيسة، فيتم له الاستبصار بمشكلته وفهم طبيعة سلوكه والاستجابة لتأثير الأخصائى لتصحيح استجاباته الخاطئة باستجابات سوية مناسبة، طالما تخلص العميل من قيود نفسية عطلت تحرره وحركته لفترة من الزمان.

(٧) إن الإنسان يدخل فى علاقاته مشاعر واتجاهات شعورية ولا شعورية كانت ـ أو مازالت ـ تنتمى فى الأصل إلى علاقة سابقة ومهمة فى حياته، ويبدو ذلك واضحاً عندما يدخل الشخص فى علاقة جديدة. فقد يشعر الشخص منذ الوهلة الأولى بالكراهية أو الانجذاب لأحد الأشخاص، وتفسر نظرية التحليل النفسى ذلك بأن هذا الشخص ينجذب أو ينفر من الشخص الآخر، لأنه يذكره بشخص عرفه قبل ذلك بالفعل وكان له معه تجارب سارة أو مؤلمة فى الماضى وساعده على إشباع احتياجاته أو فشل فى تحقيق هذا الإشباع له. وقد أطلق فرويد على هذه الظاهرة التحويل الوجدانى Transference وهى كثيراً ما تحدث بين المعالج والمريض أثناء عملية العلاج.

وقد تأثرت خدمة الفرد بهذا المفهوم وأدركت أن عملية التحويل مثلما ـ تحدث فى الموقف العلاجى بين المريض والمعالج ـ فإنها تحدث أيضاً فى موقف عملية المساعدة بين العميل والأخصائى الاجتماعى. فقد يحول العميل إلى الأخصائى مشاعراً وأفكاراً ترتبط بأشخاص مهمين (كالأب أو الأم مثلا) فى فترة مبكرة من حياته، وأن هذا التحويل قد يتضمن اتجاهات إيجابية ودية أو سلبية عدائية تجاه الأخصائى. (٢٤ : ٥٢، ٥٣). فالحدث الذى يشعر أن له أباً ديكتاتورياً متسلطاً بعيداً عن التعاطف معه، وعندما يتعرف الأخصائى على هذه الحقيقة من خلال تحويلها نحوه، فإنه يتمكن من إشعار الحدث بوجود أب عطوف متفاهم متعاون، ومن ثم يتمكن من تحسين تكيفه المفقود، وينبغى أن نفهم أن عملية التحويل لا تقتصر على مشاعر الحب أو الكره الوسيط، بل إنها كثيراً ما تتعقد ويتذبذب شعور العميل بين الكراهية تارة والحب تارة نحو الأخصائى. (٤ : ١٠٢) وقد تبدو هذه الاستجابات التحويلية سافرة أحياناً أثناء المقابلة إذ نجد العميل يعرب عن ضيقه بالملل، أو بغضه للأخصائى وقد يعرب له أحياناً عن تشكك فى قيمة

العلاج. وقد لا تظهر مشاعر العميل نحو الأخصائى سافرة هكذا، وإنما يستطيع الأخصائى أن يكشف النقاب عنها فى سلوك العميل، كما فى نسيانه موعد المقابلة وما إلى ذلك. (٢٩ : ٣٠٢)

ومن الجدير بالذكر أن نشير هنا إلى أن التحويل قد يحدث فى الاتجاه المعاكس بمعنى أنه يوجد عند الأخصائى بعض المشاعر غير المعقولة نحو العميل. ويعرف هذا باسم التحويل العكسى أو المضاد Counter transference لذا ينبغى على الأخصائى (٢٨ : ٨٢) فهم دوافعه، وأن يتخلص من صراعاته ويضبط مشاعره، وينقد ذاته، مع استعانته بالمشرفين عليه لمواجهة هذه الظاهرة التى قد تبعده عن الموضوعية المهنية وتعوق عملية المساعدة.

٨ ـ تطورت بذلك عمليات خدمة الفرد ومبادئها التى وضعتها ريشموند، لكى تشمل الدراسة الاجتماعية للمشكلة، دراسة أخرى لنمط شخصية العميل وسماته حسب المفهوم الفرويدى، كما يشمل تشخيص المشكلة تشخيصاً أو تفسيراً لسلوك العميل ذاته، كما شمل العلاج بشقيه المباشر وغير المباشر تكنيكات علاجية جديدة كالبصيرة والتنفيس والعلاقة العلاجية والتحويل والتقمص ولتظهر مبادئ ومفاهيم احتلت مكان الصادرة فى خدمة الفرد (٢٣ : ٤٦) كالعلاقة المهنية، والتقبل، وحق التوجيه الذاتى والتعبير الهادف عن المشاعر، والتفاعل الوجدانى المتزن، وتجنب الحكم على العميل، والنقد الذاتى كمفهوم مرادف للتحليل النفسى عند أنصار المدرسة التحليلية.

الفصل الثانى
المدخل التحليلى المعاصر
«سيكولوجية الذات»

Ego - Psychology

الروافد التاريخية لنشأة سيكولوجية الذات:

إزاء الرؤيا التشاؤمية التى وضعها فرويد فى نظريته المسماة بعلم نفس الإد، أو سيكولوجية اللا شعور كرؤيا حتمت مرض الإنسان واضطرابه النفسى بدرجة أو بأخرى، فقد أدى إلى تحفز الكثيرين من بعده لنقد النظرية وتخليصها من مثالبها التى وصفتها بالتشاؤم وحتمية تعاسة الإنسان. وقد بدأت حملات النقد لـ «سيكولوجية الإد» الفرويدية من خلال أعمال أنصار المدرسة التحليلية وخاصة (هارتمان، وأنا فرويد، وهورنى، وسليفان، أريكسون، وربابورت وغيرهم). فقد انتقد هؤلاء العلماء التوجه البيولوجى المحدود لنظريته التحليلية، واعتبروه نوعاً من الإهمال للعوامل الاجتماعية والثقافية فى تطور الشخصية وفى أسباب الاضطرابات النفسية.

فذهب هارتمان Hartman إلى أن الذات تنمو من خلال الخبرة والتجربة الحياتية مع الآخرين، وليس من خلال صراعها مع الإد أو الذات العليا كما زعم فرويد ويبدو ذلك واضحاً فى نمو الذات إدراكياً وحسياً ومعرفياً واجتماعياً وإنجازياً وليس فقط نفسياً. بل وترى أن ثمة مستويين للذات هما: الذات الأولية التى فطر عليها الفرد وهى أكثر ارتباطاً بالغرائز والدوافع ووظيفتها التكيف والمواءمة ثم الإحساس بالزهو عن الإنجاز الناجح ثم الذات الناضجة والتى ترتبط بالواقع الملموس والمحسوس بعيداً عن الغرائز الأولية.

وأنا فرويد Anna Freud رفضت مقولة فرويد عن الإحباط المبكر لرغبات الطفل الأولى، فلا يمكن أن يتركز إحباط مؤثر لذات الطفل إلا إذا

كان تكراراً نمطيا متدرجاً يحيط بالطفل من خلال مواقف متعددة يومية ومكررة حتى يحدث ما أسماه فرويد بضمور الشخصية وانزوائها بين العقد المكبوتة. (٢ : ١٢٦)

وقدمت «هورنى» Horney مفهوم الذات الدينامى، وتعتقد أن الشخص يناضل فى الحياة من أجل تحقيق ذاته . كذلك قدمت مفهوماً ثلاثياً للذات: فهى ترى الذات المثالية كمفهوم رئيسى وعامل هام فى التوافق النفسى أو الاضطراب النفسى، تسعى لتحقيق الاكتفاء الذاتى والاستقلال وإذا كانت الذات المثالية غير واقعية لا يمكن تحقيقها ظهرت الصراعات الداخلية. وتقول أن الذات الواقعية تشير إلى الفرد بمجموع خبراته وقدراته وحاجاته وأنماطه السلوكية. وتعرف الذات الحقيقية أو المركزية على أنها القوى الداخلية المركزية التي تميز الفرد وهى مصدر النمو والطاقة والمشاعر والقرارات... إلخ. وترى هورنى أن العصاب ينشأ عن بعد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعى وراء صورة مثالية غير واقعية.

ويعتقد سوليفان Sullivan أن جهاز الذات ينمو بطريقة يحفظ بها نفسه ضد القلق الذى يعتبر نتاجاً للتفاعل الاجتماعى. ويعتبر أن دينامية الذات تلعب دوراً هاماً فى تنظيم السلوك وفى تحقيق الحاجة للقبول والتقبل. ومن ثم فإن الذات دائماً متيقظة منتبهة لكل ما يجرى فى محيط الفرد. (٢٠ : ٦٥، ٦٦).

ويذهب سوليفان إلى أن الذات تعد بمثابة منظومة من أساليب سلوكية يكتسبها الفرد، هذه المنظومة تجعله آمناً لأن هذه الأساليب الناتجة عنها تتوافق مع رغبات الأبوين (فى الصغر) فيلقى التعزيز الموجب، فى الوقت الذى قد يتلقى العقاب وما يصاحبه من قلق. إذا لم تؤد هذه الأساليب السلوكية ما يراد منها . وقد يطلق على المنظومة الأولى وما نتج عنها بالذات الطيبة المتوافقة، والمنظومة الأخرى بالذات الشريرة غير المتوافقة فوجود الذات

الطيبة المتوافقة تعد بمثابة حماية للفرد من التعرض للعقاب وما يصاحبه من قلق، بينما وجود الذات غير المتوافقة الشريرة تعد بمثابة مصدراً لا ينضب للقلق والمعاناة. (٦ : ٨٠)

ويهتم فروم Fromm مثل سوليفان وهورناى بتأثير العوامل الاجتماعية على السلوك، ويؤكد مثلهما ذاتية العميل، وسعيه للوصول إلى أهداف، وإمكانية تحويله إلى طاقة منتجة. وهو من أول من استعملوا مفهوم «تحقيق الذات» فى مضمون علاجى، وينظر إلى النمو على أنه عملية تفتح للقوى السيكولوجية فى الفرد. ويعتبر العوامل الاقتصادية والشعورية بالذنب مسئولة مسئولية مباشرة عن الصراعات الشخصية. (١٠ : ٣٣٢)

وخرج إيريك إيريكسون E. Erixon ـ رائد المدرسة الفرويدية الحديثة ـ بنظرية متكاملة رفضت دعاوى فرويد عن مراحل النمو النفسى الجنسى والتى تبدأ من الميلاد حتى البلوغ خلال الخمس سنوات الأولى وأثرها الأبدى على الشخصية وحدد بدلا منها ثمانى مراحل متتالية للنمو النفسى الاجتماعى للشخصية تبدأ من الميلاد حتى الوفاة، ويعتقد أريكسون أن كل مرحلة ارتقائية لها ملامحها الإيجابية والسلبية. فلكل مرحلة حاجات لابد أن تشبع وكذلك أزمات لابد أن تحل (انظر جدول رقم ١) ويرى أن كثيراً من المشكلات الانفعالية تعزى ـ فى المحل الأول ـ إلى «ارتباك الذات» وهو عبارة عن نقص شعور الفرد بذاته مما يؤدى إلى الخوف والاضطراب من رؤية الآخرين له فى صورة أو حالة غير الصورة التى يرى هو نفسه بها. (٣٠ : ٣، ٤)

جدول (١)
مراحل أريكسون الثمانية
أزمات ـ قوة نفسية اجتماعية ـ مؤثرات بيئية

العمر	المرحلة	الأزمة النفسية الاجتماعية	القوة النفسية الاجتماعية	التأثير البيئي
سنة واحدة	المهد	الثقة فى مقابل عدم الثقة	الأمل	سلوك الأمومة
٢-٣	الطفولة المبكرة	الاستقلالية فى مقابل الخجل والاعتمادية	قوة الإرادة	الوالدان أو البديل عن الكبار
٤-٥	الحضانة	المبادأة فى مقابل الذنب	الغرض	الوالدان ـ الأصدقاء
٦-١١	الطفولةالوسطى	المثابرة فى مقابل الشعور بالنقص	المنافسة	المدرسة
١٢-١٨	المراهقة	تطابق الهوية فى مقابل ارتباك الهوية	الإخلاص	الرفاق
١٨-٣٥	سن الرشد	الألفة فى مقابل العزلة	الحب	الزوج ـ الأصدقاء
٣٥-٦٥	منتصف العمر	إمكانية التوليد فى مقابل الركود	الرعاية	مجتمع الأسرة
أكثر من ٦٥	الشيخوخة	وحدة الهوية فى مقابل اليأس	الحكمة	الجنس البشرى

وهكذا تكاملت مقومات مدخل تحليلى معاصر أطلق عليه «سيكولوجية الذات» أو سيكولوجية الشعور كبديل لسيكولوجية الإدا اللاشعورية وإن قام على أساسيات النظرية الفرويدية الكلاسيكية للتحليل النفسى.

وفى إيجاز نشير إلى أهم مقومات وفرضيات سيكولوجية الذات:

(١) الإنسان كيان عاطفى النزعة مرتبط بخبراته الماضية . مشكلته هى نتاج غالب لاضطرابه النفسى فى تفاعله مع معطيات بيئته.

(٢) الاضطراب النفسى يتمثل فى مجموعة من السمات المرضية والأعراض، كالنقص والذنب والاضطهاد والشك والوسوسة والتردد

والاكتئاب والتشاؤم كما تتمثل فى سيادة الحيل الدفاعية على السلوك.

(٣) ينشأ الاضطراب النفسى من عوامل ماضية فى الماضى البعيد أو القريب، تتمثل فى مواقف إحباطية متكررة خلال نمو الذات وتطورها (التاريخ التطورى).

(٤) الخبرات الإحباطية المبكرة والمتقدمة خلال حياة الفرد الأولى والتى يمكن أن تمتد إلى سن المراهقة تختزن لعدم القدرة على التخلص منها. وتنعكس بالتالى على سلوك الإنسان فى مستقبله، ومن ثم كانت الكراهية غير المبررة لموقف أو فرد أو سلوك فى الكبر يكون الباعث وراءها مواقف الإحباط المبكرة أو الشعور الدائم بالنقص أو الاضطهاد أو الذنب أو القلق أو السأم أو الملل كانعكاسات ناجمة عن مواقف متراكمة ولا يمكن التخلص منها إلا باستعادة الفرد ـ شعورياً وعقلياً ـ لهذه التراكمات ليتم الفهم الكامل لموقف الفرد الحالى لتبدأ مرحلة جديدة من البرء منها والتخلص من آثارها على الذات وقدرتها . ولكن ليس بالضرورة أن يكون هذا سبباً فى إصابة الفرد بسمة أو نمط عصابى كما كان الحال فى التنظير الفرويدى. (٢ : ١٣١، ١٣٥)

(٥) يعد الاضطراب فى الشخصية محكوماً بنوع العلاقات الإنسانية المتبادلة بين الأشخاص منذ سنى المهد، ونوع الثقافة السائدة فى المجتمع.

(٦) إن الطبيعة الإنسانية مرنة وقابلة للتشكيل والتغير فى ضوء العلاقات الموجودة دائماً بين الأشخاص.

(٧) إن الإنسان يعى تصرفاته وهو مدفوع بوعى وتيقظ (٦ : ٨٢).

(٨) لا يقتصر نمو الإنسان على مدى إشباعه لدوافعه الغريزية الداخلية فى السنوات الخمس الأولى ولكن يمتد إلى دور التفاعل مع البيئة والمجتمع الخارجى فى المستقبل

(٩) ومن ثم فالإنسان ليس مالكاً لدافعي الجنس والعدوان فقط كدوافع غريزية لا شعورية ولكنه إلى جانب ذلك فطر على الاجتماع بالناس وتحقيق الذات والاستطلاع والطموح والتفرد.

(١٠) العقد الثلاث المنسوبة لفرويد (الجنس، والنقص وأوديب) ليست قوالب ثابتة دائمة منذ الخمس سنوات الأولى. ولكنها تراكمات نفسية متغيرة ومتطورة حسب مؤثرات البيئة الخارجية التي يمكن أن تختفي كلياً لفعل خبرات الحياة وليس بالضرورة «التحليل النفسي».

(١١) الإنسان كائن قادر متطور يملك عناصر قادرة على مقاومة أي عقبات داخلية أو خارجية والتغلب على صراعاته الداخلية.

(١٢) قدرته تتمثل في تملكه لـ «الذات» الشعورية التي تعيش الواقع وتتخذ القرار فهي قادرة دائماً على الدفاع عن النفس والتكيف مع الأزمات.

(١٣) قوة الذات أو ضعفها يتمثل في مدى قدرتها على أدائها لوظائفها الأربعة: الإدراك الواعي + الإحساس المنضبط + التفكير الناضج + الإنجاز والفاعلية. (١ : ٣٦، ٣٧)

(١٤) الذات رغم أنها مصدر القوة والضعف في الشخصية فإن قوتها وقدرتها تتأثر سلبياً بالعوامل النفسية التالية:

- مدى إلحاح الدوافع البدائية للإد (الذات الدنيا) وضغطها على الذات.
- مدى سيطرة الضمير الخلقي على الدوافع (الذات العليا).
- الرواسب الطفلية (كالغضب الكامن أو العدوان الكامن أو الكراهية الكامنة أو العناد الكامن) والتي ترسبت بفعل عوامل إحباط متكررة خلال مرحلة الطفولة.

(١٥) يتحدد نضج الشخصية إذا ما اتسمت الذات بالقوة وعدم نضجها بالذات الضعيفة. (٢: ١٣١، ١٣٢).

(١٦) من خصائص الذات أنها ؛ غائية Purposful، متسيدة Mastering، ديناميكية Dynamic، متغيرة Changable، واقعية منطقية Logic Realistic، تكيفية ودفاعية Adaptive Defensive.

(١٧) الإنسان من ثم نسق مفتوح متفائل قادر غير مستسلم فاعل وليس رد فعل، متكيف، ومدافع، إذا ما اتسم بالذات القوية . (١ : ٣٨)

خدمة الفرد فى إطار سيكولوجية الذات:

يتحول المدخل التحليلى من سيكولوجية الإد (اللاشعور) إلى سيكولوجية الذات (الشعور) فى منتصف هذا القرن من خلال إسهامات الفرويديين الجدد من مفكرى المنظور السيكودينامى (هورنى وأنا فرويد ورابابورت وإيريكسون وغيرهم) وجد العديد من أساتذة خدمة الفرد البارزين (جوردون هاملتون وهوليس وجاريت وتاول) فى هذا الاتجاه الجديد «سيكولوجية الذات» اتجاهاً أكثر تناسباً مع طبيعة خدمة الفرد وتعاملها الأساسى مع الشعور وشبه الشعور وليس اللا شعور، كما وجدوا فيه كذلك عودة إلى المشكلة الاجتماعية النفسية بدلا من الاتجاه النفسى المطلق الذى اتجهت إليه المدرسة الفرويدية، فالذات منطقة ترتبط أساساً بالواقع بل إن قوة هذه الذات نفسها متوقفة على مدى إدراكها لهذا الواقع، ولكن هذا الواقع ما هو إلا الجانب الاجتماعى للفرد، بيئته وحياته الاجتماعية للعميل ليطلق على هذه الفترة من حياة خدمة الفرد مرحلة السيكوسوسيال أو المرحلة النفسية الاجتماعية Psychosocial.(٢٣ : ٤٩) . ولذا أكدت هوليس Hollis على أن سيكولوجية الذات تمثل عودة إلى الاهتمام بالواقع النفسى للعميل والوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه. (٣١: ١٣٠٠) . وأكدت هاملتون Hamilton على أن الشخصية تتكون من جانبين: بيولوجى وثقافى، وتعتبر لذلك الدراسة الاجتماعية هامة للتعرف على هذه الجوانب، وكذلك يجب على الأخصائيين الاجتماعيين الاهتمام بالوقوف على التاريخ الاجتماعى

للعميل لما له من أهمية كبيرة فى دراسة موقفه الإشكالى، كما أكدت على التركيز على «الموقف الحاضر» للعميل، وعلى الاهتمام بالتركيز الشديد على الذات مع مراعاة عدم التقليل من قيمة الطريقة التاريخية من الدراسة إذ ترى هاملتون أن عدم الاهتمام بهذه الطريقة يعتبر من قبيل قصر النظر وغير مسموح به فى العيادات النفسية فليس هناك بديل عنها عند وضع التشخيص لأن تطور المشكلة تشير إلى أنواع مختلفة من الأمراض، كما أن معرفة التاريخ التطورى تفيدنا فى تحديد الوقت الذى بدأ فيه الاضطراب وتحت أى الظروف وهذا من شأنه أن يلقى ضوءاً على الموقف الإشكالى الحالى، فليس معرفة الماضى لعلاج المرضى ولكن إيماناً بأن ذلك جزء من المشكلة الحالية وبذلك يمكننا علاج الشخصية الحالية فى إطار ظروفها الحاضرة واضعين فى الاعتبار صورة التاريخ التطورى للعميل. (٢٧: ٦٠، ٦١)

كما أوضحت «جاريت» A. Garrett أن العديد من مفاهيم سيكولوجية الذات يمكنها أن تفيد فى تعميق فهم الأخصائيين الاجتماعيين للمواقف الإنسانية التى يواجهونها، وفى إمدادهم بأطر نظرية لاستخدامها فى عملهم، وترى أن هذه النظرية ليست قاصرة على العمليات العقلية الشعورية فقط، وإنما تركزت فى نفس الوقت ـ وبشكل خاص ـ على قدرة الذات على الارتباط بالبيئة الخارجية، وإيجاد الحلول للمشاكل التى يتم مواجهتها ويتضمن ذلك القدرة على إرجاع الإشباع وتحمل الإحباط، وعادة يستخدم مصطلح «قوة الذات» للإشارة إلى تلك القدرة. وترى جاريت أن قوة الذات تتضمن بصفة خاصة القدرة على الاختيار الحر المستقل الذى لا يتقرر بواسطة الحاجات اللا شعورية، مثل الحاجة إلى كسب تأييد الآخرين أو حاجة الشخص لأن يثبت شيئاً لنفسه.

وترى ستام Stamm أنه على الرغم من ابتعاد سيكولوجية الذات عن الفروض التحليلية الفرويدية التى تنظر إلى السلوك من خلال الدوافع الغريزية

وحدها، فإن ذلك لا يعنى أنها تلغى صدق البناءات الفرويدية المبكرة، وإنما هى بنيت عليها ونقحتها وطورتها. كما ترى أنه إذا كانت العوامل النفسية الداخلية تقرر المعنى السيكولوجى للأحداث، فإن العوامل الموقفية تؤثر فى نفس الوقت على احتياجات الذات وأدوارها ونماذجها التكيفية.

كما أوضحت «تاول» Towle أن الذات تتطور من خلال خبرات الحياة أكثر من كونها هبة بيولوجية، فمن خلال الذات يتعلم الفرد أن يقدر مزايا سلوكه ومضاره، وأن يكبت أو يقمع الحاجات والدوافع الغريزية التى تمثل خطورة عليه وعلى الآخرين. كما بينت أيضاً أن موقف عملية المساعدة فى خدمة الفرد يمثل بالنسبة للعميل خبرة وعلاقة يمكن للذات عند العميل أن يتعلم منها مثل خبرات الحياة الأخرى. (٢٤ : ١١٥-١١٨)

كما تأثرت «بيرلمان» H. Perlman بهذا الاتجاه واهتمت بتطبيقه على عملية حل المشكلة فى خدمة الفرد واعتبرت بيرلمان أن وظيفة الذات هى العمل على تهدئة الصراع أو حله وتحريك الدوافع الغريزية والتعبير عنها بطريقة ترضى الذات والبيئة الخارجية، وبينت أن الذات تحتل مقعد السائق فى مركبة الشخصية ليستخدم ويوجه قوى ومحركات الطاقة، وتدرك العلامات والمؤشرات على الغاية المستهدف الوصول إليها، وتقوم بالمناورات اللازمة لتجنب المنحنيات الخطرة والمعوقات المختلفة بالطريق، أى أن الذات تعمل على إبقاء الشخصية فى حالة حركة متزنة ومتجهة إلى الأمام من خلال وظائفه الإدراكية والتنفيذية والتكيفية والدفاعية. (٢٤ : ١٢٠)

ونتيجة لتأثر خدمة الفرد ـ كما اتضح لنا ـ بسيكولوجية الذات، وتأسيساً على معطيات هذا المدخل ومقوماته كما صاغها هارتمان وآنا فرويد وإيريكسون وغيرهم من علماء الطب النفسى، فقد أعيدت صياغته لتناسب خدمة الفرد من خلال جوردون هاملتون Hamilton وجاريت Garrett وتاول Towle وفلورنس هوليس Hollis اللاتى مارسن العمل طويلا فى الخدمة

الاجتماعية داخل العيادات النفسية مع المرضى ومضطربى الشخصية والذين لم تصل حالاتهم إلى حد المرض النفسى (العصاب) فهذه الخيوط الرفيعة التى تميز بين المريض والمضطرب نفسياً ومن يسمون بالأسوياء. أفسحت المجال لتطويع الإطار العام لسيكولوجية الذات لتناسب عملاء خدمة الفرد ولتكون مدخلا مستقلا للممارسة المهنية (٢ : ١٢٩) يمارس مع المشكلات المرتبطة بثبوت حالة من العجز الوظيفى فى شخصية العملاء ـ وبدرجات مختلفة مع المشكلات الأخرى ـ نتيجة لضعف الذات الشعورية، الناتج عن خبرات إحباطية ماضية، ليكون العلاج علاجاً اجتماعياً ونفسياً للذات لمساعدة العملاء على المواجهة الفعالة، والممكنة للمشكلات التى تعوق توافقهم النفسى.

من ثم فهو مدخل علاجى للذات الضعيفة، تعليمى للذات الجاهلة، توجيهى للذات الحائرة.

وتأسيساً على ذلك، فثمة **خصائص رئيسية لخدمة الفرد التحليلية** وفقاً لهذا المدخل التحليلى المعاصر (سيكولوجية الذات) تتمثل فيما يلى:

(١) يرتكز هذا الاتجاه على عمليات ثلاث هى: الدراسة والتشخيص والعلاج، ورغم تعاقب هذه العمليات لاعتماد كل منها على سابقتها فإنها عمليات متداخلة ومتفاعلة فى نفس الوقت.

(٢) كل من هذه العمليات الثلاث لابد وأن تتضمن بالضرورة جناحى المشكلة الرئيسية: العميل وظروفه المحيطة فى تفاعلها لخلق الموقف الإشكالى.

(٣) ينحصر الدور الذى يلعبه نمط وسمات الشخصية فى خلق المشكلة فى جانبين أساسيين:

(أ) قدرة الذات على القيام بوظائفها بدلا من التركيز على «الإد» كما كان الحال فى الفرويدية المبكرة.

(ب) الدور الاجتماعى الذى يلتزم به فى المجتمع.

(٤) تفقد قدرة هذه الذات على أداء وظائفها فى الحالات التالية:

(أ) ضعف جبلى أو مكتسب فى هذه «الذات».

(ب) انحراف مرضى فى «الذات العليا».

(ج) ضغوط خارجة على هذه الذات كالحاجة المادية أو الظروف الأسرية أو العملية ... إلخ.

(د) وجود نزعات طفلية مترسبة منذ الطفولة كالاتكالية والغضب والعدوان والبكاء والخوف الطفلى وعدم الفطام النفسى وما إلى ذلك. كما قد ترتبط بتثبيت لنمط شاذ أو انحراف سلوكى كالخوف المرضى أو الجنسية الشاذة نتيجة إحباط أو قمع لرغبات طفلية فى المرحلة النرجسية أو الأوديبية... إلخ. وهى ما كان يعبر عنه فى الفرويدية المبكرة بالعقد النفسية اللا شعورية أو نزعات الليبيدو الجامحة.

(٥) تنحصر وظيفة الذات فى العملايت التالية:

(أ) المواءمة بين نزعات الذات الدنيا والذات العليا.

(ب) المواءمة بين الشخصية ككل وبين المجتمع الذى تعيش فيه وبصفة خاصة توقعات المجتمع من دور الفرد الاجتماعى.

(٦) ولكى تحقق الذات هاتين العمليتين تمارس دوامًا أربعة وظائف أساسية هى الإدراك والإحساس والتفكير والتنفيذ. (٢٣ : ١٤٦، ١٤٧).

(٧) من ثم كانت مشكلة العميل هى بدرجة أو بأخرى مشكلة ضعف فى ذاته الشعورية الواقعية كواجهة الفرد أمام الآخرين. فهى ذات لا تبارى ولا تبدع، تمارس رد الفعل وليس الفعل، تنتظر الأحداث ولا تعمل على تجنبها فى سلبية واستكانة، تنفجر عاطفيًا دون ما منطق يؤذيها أو تشطح أفكارها بحلول فجة بعيدة عما يتطلبه الواقع.

فالفرد قد يواجه ضغطاً بيئياً كالبطالة أو النزاع الأسرى أوالمرض أو الفقر أو الإثارة العاطفية أو النزعة الجنسية أو الإحباط لرغبة معينة. فإذا ما تحلت الذات بالقوة المناسبة فى معايشتها أو اختيار البدائل المناسبة لها مرت الأزمة بسلام والعكس صحيح. (٢ : ١٣٣)

(٨) عند تشخيص منطقة العجز فى ذات العميل لابد وأن نعود إلى الجذور الأولى التى نبع منها هذا العجز . وهى حسب المفهوم الفرويدى كامنة فى الخمس سنين الأولى من حياة الفرد، ومتابعة كافة التطورات التى أسهمت بعد ذلك فى تثبيت أو تعديل هذا العجز بدرجة أو بأخرى.

(٩) تقوية ذات العميل تعنى ممارستها لوظائفها بكفاية تامة . ويتحمل الأخصائى مسئولية الكشف عن مناطق العجز بين هذه الوظائف ثم تقويتها لكى تمارس على النحو المرضى فتتحقق العملية العلاجية.

(١٠) أسلوبه فى تقوية الذات الضعيفة هو وإن اعتمد على الكثير من أساليب الطب النفسى إلا أنه لا يتعامل مع اللاشعور بصفة أساسية فتعامله هو مع وحدات شعورية أو شبه شعورية وإن لم يمنع من تفهم الأخصائى لأى وحدات لا شعورية إن هى ظهرت فى مناطق الشعور.

(١١) تعديل هذه الذات وتقويتها عملية يجب ممارستها منذ المقابلة الأولى كخطوات لا تحتمل الانتظار حتى الانتهاء من وضع الخطة العلاجية النهائية. فهى عمليات لا تمارس إلا من خلال المقابلات الدورية ذاتها. أما الخدمات البيئية أو العلاج البيئى سواء كان تعديلا لاتجاهات الآخرين أو تقديم مساعدات عينية معينة فهذه يمكن ممارستها بعد تشخيص المشكلة ووضع الخطة العلاجية.

(١٢) الحكم على الذات القوية أو الضعيفة يستند على نموذج (قياسى) للذات السوية تحدد على ضوئها مدى انحراف الذات يميناً أو يساراً عن هذا النموذج وبالتالى الحكم عليها بالقوة أو الضعف.

(١٣) العمليات الدفاعية للذات ليست بالضرورة عمليات لا شعورية ولكنها قد تكون شعورية أو شبه شعورية وظيفتها حماية الذات إزاء أى تهديد مباشر أو غير مباشر عليها.

(١٤) النموذج السوى للعملاء افتراض خيالى ليس له وجود. فالعملاء جميعاً يعانون بدرجة أو أخرى من مظاهر اضطراب نفسى. من ثم فخدمة الفرد تتعامل معها على أساس أساليب الطب النفسى المناسبة مادامت الحالة لم تصل إلى درجة المرض النفسى أو العقلى (الهذاءات أو الهلوسات أو الانفصال عن الواقع). (٢٣ : ١٤٧، ١٤٨)

مراجع الباب الأول

١ ـ عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفى معوض، خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، ط٢، القاهرة، مكتبة عين شمس ١٩٩٤.

٢ ـ عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد محمد، خدمة الفرد بين النظريات المعاصرة، ط٣، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٥.

٣ ـ محمد عبد الظاهر الطيب، محمود عبد الحليم منسى، فى علم النفس العام، ط١، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٩٠.

٤ ـ عبد الرحمن محمد عيسوى، العلاج النفسى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٨.

٥ ـ إبراهيم وجيه محمود، أساسيات علم النفس، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٧٩.

٦ ـ محمد عبد الظاهر الطيب، محاضرات فى الصحة النفسية، ب.ن، ب.ت.

٧ ـ محمود فتحى عكاشة، المدخل إلى علم النفس، الإسكندرية، ب.ت، ١٩٨٩.

٨ ـ محمد عبد الظاهر الطيب، محاضرات فى العلاج النغسى، ب.ن، ١٩٨٨.

٩ ـ سيجموند فرويد، معالم التحليل النفسى (ترجمة) محمد عثمان نجاتى، القاهرة، دار الشروق.

١٠ ـ سعد جلال، التوجيه النفسى والتربوى والمهنى، القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٥.

١١ ـ ريتشارد س. لازاروس، الشخصية، (ترجمة) سيد محمد غنيم، مراجعة، محمد عثمان نجاتي، ط٣، القاهرة، دار الشروق ١٩٨٩م.

١٢ ـ عبد الرحمن محمد عيسوى، دراسات سيكولوجية، الإسكندرية، منشأة المعارف، ١٩٧٠.

13. Robert, Bocock, Freud and Modern Society, London, Tomas Nelson and Sons. Ed. 1976, p. 6.

١٤ ـ انتصار يونس، السلوك الإنسانى، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٧٢.

١٥ ـ عبد الرحمن محمد عيسوى، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، الإسكندرية، دار الفكر الجامعى، ١٩٨٥.

١٦ ـ عبد العزيز القوصى، أسس الصحة النفسية، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٨٢.

١٧ ـ أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، ط٩، الإسكندرية، المكتب المصرى الحديث، ب.ت.

١٨ ـ مصطفى فهمى، علم النفس الإكلينيكى، القاهرة، مكتبة مصر ١٩٦٧.

١٩ ـ عباس محمود عوض، فى علم النفس الاجتماعى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٨.

٢٠ ـ حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط٢، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨.

٢١ ـ رمضان محمد القذافى، الشخصية (نظريتها، اختباراتها، وأساليب قياسها، ط٢، بنغازى، الجامعة المفتوحة، ١٩٩٧.

٢٢ ـ مصطفى فهمى، الصحة النفسية (دراسات فى سيكولوجية التكيف)، ط٢، القاهرة، مكتبة الخانجى، ١٩٨٧.

٢٣ ـ عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد فى المجتمع النامى، ط١، القاهرة، الأنجلو المصرية ١٩٨٠.

٢٤ ـ علي إسماعيل علي، نظرية التحليل النفسى واتجاهاتها الحديثة فى خدمة ا لفرد، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥.

25 Florence Hollis, Case Work A Psychosocial Therapy N Y . Random House 1964

٢٦ ـ عبد الرحمن محمد عيسوى، معالم علم النفس، الإسكندرية، دار المطبوعات الجامعية، ١٩٧٢

٢٧ ـ إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل مع الأفراد، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديثة، ب.ت.

28. H. Perlman, Social Case Work: A Problem Solving Process, Chicago, The University of Chicago Press, 1973.

٢٩ ـ مصطفى فهمى، الإنسان والصحة النفسية، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٠.

٣٠ ـ عزت عبد العظيم الطويل، سيكولوجية نمو الذات (مراحلها وتطبيقاتها التربوية)، الإسكندرية، دار المطبوعات الجديدة ١٩٨٨.

31. F. Hollis, Social Case Work, The Psychosocial Approach, Encyclopedia of Social Work, N.Y., N.A.S.W. Inc., Vol. 2, 1977

الباب الثانى

عملية المساعدة فى خدمة الفرد التحليلية

تمهـــيد

يستند المدخل التحليلى Analytic Approach على قاعدة العلة والمعلول أو ما يعرف بالنظرية السببية. وهى قاعدة منطقية تقوم على مسلمة مؤداها «أنه لا يمكن معالجة العلة إلا إذا عرفت أسبابها الأولى ومنابعها الرئيسية». بمعنى أن المشكلة الفردية لها أسبابها وعلينا معرفتها حتى يمكننا علاج المشكلة (١ : ١٤٥) ومن ثم أخذت خدمة الفرد التحليلية بالنموذج الطبى فى عملية المساعدة والذى يتميز بالثلاثية المعروفة الدراسة، والتشخيص، والعلاج:

١ ـ الدراسة وهى جمع حقائق المشكلة.
٢ ـ التشخيص وهو تحليل هذه الحقائق تحليلا يفسر أسبابها.
٣ ـ العلاج وهو وضع الخطة المناسبة لعلاجها على ضوء هذا التشخيص.

وكى تتم هذه العمليات بطريقة سليمة يجب أن يتوفر لها المجال الذى تتم فيه وهو العلاقة المهنية.

وفى الواقع أن كل من هذه العمليات الثلاث لابد وأن تتضمن بالضرورة جناحى المشكلة الرئيسية وهما: العميل نفسه وظروفه المحيطة فى تفاعلهما لخلق الموقف الإشكالى.

ورغم تعاقب هذه العمليات الثلاث لاعتماد كل منها على سابقتها، فإنها عمليات متداخلة ومتفاعلة فى نفس الوقت. فالدراسة لا تخلو من أفكار تشخيصية وخطوات علاجية، كما أن التشخيص يحوى بدوره جوانب دراسية وعلاجية، بل إن العلاج ذاته قد يكشف عن دراسة جديدة ليتبعها عمليات تشخيصية وهكذا. وفيما يلى عرض لكل من هذه العمليات.

الفصل الثالث
الدراسة النفسية الاجتماعية
Psychosocial Study

مفهومها وخصائصها:

الدراسة للموقف الإشكالى فى عملية المساعدة فى خدمة الفرد ووفقاً لاتجاه سيكولوجية الذات هى دراسة اجتماعية نفسية معاً Psychosocial Study أو بمعنى آخر دراسة للضغوط الداخلية للعميل فى تفاعلها مع ضغوطه الخارجية.

ولما كانت هذه العملية الدراسية هى مجرد وسيلة تحقق غاية محددة وهى تشخيص المشكلة فهى إذن دراسة لحقائق مختارة بدقة من بين حقائق لا حصر لها فى حياة العميل وفى ظروفه الخارجية. (١ : ١٤٩)

ومن ثم فهى عملية مهنية دقيقة تحتاج إلى قيادة حكيمة واعية من الأخصائى الذى يجب أن يعرف أهمية وفائدة النتائج والحقائق التى يسعى للحصول عليها. ولديه القدرة الذاتية فى عرض هذه النتائج بالصورة التى تجعلها ناطقة بالمعانى التشخيصية .

وهناك ثلاث قواعد أساسية لتمييز وتحقيق ما يحصل عليه الأخصائى من حقائق متعلقة بالموقف الإشكالى: (٢ : ١٩٧ ، ١٩٨)

- الحقائق الثابتة بصفة قاطعة والتى تستمد ثبوتها من أحكام وعلاقات مؤكدة لا جدال فيها.
- الحقائق المشتبه فيها وهذه تصبح مجالا لمزيد من الدراسة، ولا يمكن الاعتماد عليها قبل ترجيح كفتها بعوامل إضافية تساندها، مع الحذر من استخدام التحيزات الخاصة لتفسير الاشتباه القائم.
- عوامل ضعيفة الارتباط بالأعراض وهذه لا يمكن إهمالها بل لابد من

متابعتها بدراسة أعمق فقد تتضح مسئولياتها وفاعليتها أكثر من الحقائق التي تبدو لأول وهلة ثابتة.

وتفوق عامل من العوامل لا يلغى وجود العوامل الأخرى.

ولنأخذ لذلك مثلا صانع الزجاج الذى أظلمت عدسة عينه بسبب تعرضها لوهج انصهار الزجاج، الثابت هنا هو حقيقة تأثير الموقف المهنى فى تسبب الإشكال ولكن الاستعداد الشخصي وعوامل الإهمال ونقص التغذية وعدم التقيد بأساليب الوقاية والرعاية الصحية عند أول بادرة للانحراف الصحى، كل هذه عوامل قد يكون لها وزن كبير فى حصر العوامل المسببة وبالتالى فى رسم خطط الوقاية والعلاج.

والدراسة كعملية تعرفها فاطمة الحارونى بأنها: (٢ : ١٩٤)

«الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية العميل الكامنة فى بيئته، والطريقة التى تتفاعل بها لإحداث الموقف السيء الذى يعانى منه العميل، وذلك بقصد التشخيص الذى يؤدى للعلاج الاجتماعى».

كما **يعرفها عبد الفتاح عثمان** بأنها: (١ : ١٤٩)

«عملية مشتركة تهدف إلى وضع كل من العميل والأخصائى على علاقة إيجابية بحقائق الموقف الإشكالى بهدف تشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج».

ومن هذه الصياغات المختلفة يتبين لنا أن للعملية الدراسية ثمة خصائص رئيسية تميزها نجملها فيما يلى:

أولا ـ الدراسة عملية مشتركة:

الدراسة فى خدمة الفرد ليست عملية جمع البيانات كما هو الحال

عند الباحث الميدانى أو هى لون من الاستجواب كما هو الحال عند رجال النيابة أو الشرطة، ولكنها على النقيض من ذلك عملية تقوم على التفاعل الوجدانى والعقلى والمشاركة حيث يقوم كل من الأخصائى والعميل معاً بدراسة جوانب الموقف وأبعاده المختلفة، فإذا استفسر الأخصائى من العميل عن أمر معين يقوم العميل بدوره بالبحث عن هذا الأمر فى جوانب حياته الداخلية والخارجية.

قد يجيب على السؤال بشىء ما كما قد يجيب بشىء آخر، بل قد يجيب على السؤال نفسه بسؤال آخر وهكذا. وهو فى أى من الحالات يبحث ويزن ويتخير ليكون عنصراً فعالا فى عملية الدراسة ذاتها. (١ : ١٥٠).

ثانياً ـ الدراسة عملية دينامية:

الدراسة فى واقع الأمر عملية ديناميكية تتحرك بالعميل من موقف الجهل بأسباب المشكلة إلى موقف الوضوح والفهم للعوامل التى تداخلت فى الموقف الذى يعانى منه سواء منها العوامل الشخصية أو العوامل البيئية. (٣: ٢٣٣)

ومن ثم فالدراسة عملية لا تتصف بالجمود والركود. فهى لا تسير حسب نموذج أو استمارة يستوفى الأخصائى ما جاء بها من بيانات، فكل مشكلة من المشاكل التى يتقدم بها العملاء لها مسبباتها فى العوامل الذاتية للعمل وفى العناصر البيئية التى نعرض لها. ولذلك فإن كل مشكلة من شأنها أن تحدد نوع المعلومات. والحقائق التى ينبغى دراستها لتفهم كل من العميل ومشكلته وكذلك تحدد عمق المستويات الدراسية التى يصل إليها الأخصائى. فليس من المعقول مثلا أن يصل الأخصائى فى دراسته لمشكلة اقتصادية إلى عمق يعادل العمق الذى يصل إليه فى دراسته لمشكلة نفسية أو خلافات زوجية. ففى المشكلة الأولى قد يكتفى الأخصائى بدراسة العوامل

الظاهرة التى لعبت دوراً مميزاً فى إحداث المشكلة طالما أنه يعرف أن هذا القدر من المعرفة يساعد فى تشخيص المشكلة وعلاجها. بينما فى أى من المشكلتين الأخريين فإن الدراسة تتناول عناصر مختلفة لها أوزان نسبية فى إحداثها للمشكلة. ويستعين الأخصائى فى مثل هذه الدراسة بتحريك انفعالات العميل ومحاولة تفهيم العميل لهذه الانفعالات، كما يحاول دائماً مساعدة هذا العميل ليلمس الواقع ويعى أبعاد مشكلته، . وهذه الأدوار هى كلها عمليات دينامية لا تخضع لحكم استمارة أو نموذج خاص ببيانات معينة.

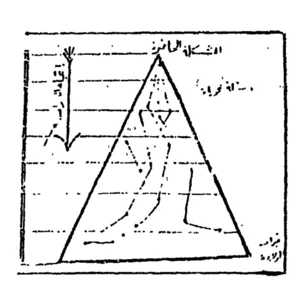
ومن جهة أخرى فإن المعلومات التى يدلى بها العميل قد تدفع الأخصائى إلى وضع فرض تشخيصى معين لا يلبث أن يغيره أو ينفيه بحصوله على مزيد من البيانات من العميل. كما أنه قد يسعى للتحقق من صحة فرصة التشخيص بأن يسير بالدراسة إلى نواحى تساعد بياناتها على إثبات صحة هذا الفرض أو تعديله. وهكذا يظل الأخصائى فى وضع الفروض التشخيصية وتعديلها أو نفيها حسب طبيعة المعلومات والبيانات والملاحظات التى تستجد فى الدراسة من نقطة إلى أخرى، وهذا هو وجه آخر للدينامية التى تميز العملية الدراسية. (٤ : ٦٠، ٦١)

ثالثاً ـ الدراسة تتجه من أعلى إلى أسفل:

فى الواقع إن نقطة الانطلاق والتحرك فى دراسة الموقف الإشكالى إنما تبدأ من الموقف الحاضر إلى الماضى. أى أننا فى أثناء الدراسة نتحرك من المستوى الأفقى (الحاضر) ونتدرج إلى المستوى الرأسى (الماضى) . وبمعنى آخر نتحرك من المستوى السطحى إلى المستويات الأعمق، أى من الوقت الحاضر للموقف الإشكالى ولا ينبغى أن نسلك العكس بأن نبدأ من الماضى.

وهذا القول إنما يعبر عن منطق الأمور، فالعميل أتى إلى المؤسسة طالباً المساعدة فى مشكلته التى يعانيها فهى مشكلة قائمة وحاضرة فى شعوره وقت مقابلته للأخصائى. ومن المنطق المقبول أن يبدأ الحديث والدراسة من بؤرة الاهتمام التى تشغل تفكير العميل وهى المشكلة الحاضرة. عن أسبابها البعيدة الخفية. ولاشك أن الحديث فى هذه المشكلة الحاضرة فى ذهن العميل سوف يجر تلقائياً وعن طريق ترابط وتداعى المعانى التحدث عن المسببات فى الاتجاه الأسفل . أو بمعنى آخر فإننا لو تصورنا أن تاريخ حياة العميل حتى وقت مقابلته للأخصائى تمثل هرماً. فإن مكان المشكلة الحاضرة يكون على قمة هذا الهرم، ثم إننا كلما تحدثنا عن هذه المشكلة وأسبابها بالترتيب المنطقى للأحداث، فإن تحركنا فى الدراسة يكون من قمة الهرم إلى المستويات السفلى تدرجياً نحو قاعدة هذا الهرم (٤ : ٥٩)، والتى تشتمل على الخبرات الماضية للعميل كما يوضحه الرسم.

ولذا يجب أن يكون الموقف الحاضر هو مفتاح الوصول إلى التاريخ الماضى الخاص بحياة العميل وخبراته. (٣ : ٣٣٧)



الشكل يوضح اتجاه الدراسة من أعلى إلى أسفل

وقد يبدو للأخصائى أن هناك أسباباً لابد أن تكون مسئولة عن المشكلة الحالية. ولكن مناقشة العميل فى هذه الأسباب تدعو إلى دهشته لأنه لا يلمس العلاقة بين هذه الأسباب والمشكلة التى يعرضها. (٤ : ٥٩، ٦٠)

مثال ذلك أن الأم التى تتقدم إلى العيادة النفسية لعلاج ابنها من السلوك العدوانى الظاهر. قد تتعرض دفعة واحدة إلى أسئلة الأخصائى الاجتماعى حديث العهد بالمهنة تتناول موضوعات تتعلق بحالة عمل الأم لهذا الابن وطريقة ولادته وخط سير العمليات الطبيعية الأخرى مثل التسنين والتكلم والمشى وضبط الإخراج. فإن التحدث فى مثل هذه الأمور لا ترى فيه هذه الأم علاقة تربطه بالمشكلة الأصلية التى أتت من أجلها إلى العيادة النفسية. وبالرغم من أنه قد يكون هناك ارتباطاً وثيقاً بين هذه الأشياء التى سأل عنها الأخصائى والمشكلة. إلا أن الطريقة الفنية فى الدراسة للوصول إلى هذه المعلومات يجب أن تكون بحيث تسير هذه الدراسة فى خطها الفنى أى من أعلى إلى أسفل وبالتدرج. بحيث توصلنا نقطة إلى النقطة السابقة والمسببة لها. وهكذا حتى يحس العميل بنفسه بدرجة الارتباط الوثيق بين كل نقطة وأخرى.

ومن جهة أخرى فإن الدراسة إذا سارت من نقطة إلى نقطة أخرى لا ترتبط بها مباشرة فإننا نسمى هذا انتقالا مفاجئاً من جانب الأخصائى . وهذا لاشك يدخل القلق فى نفوس العملاء ويتسع الاضطراب فى تنظيم الدراسة ويفككها. مثال ذلك أن يكون العميل قد أخذ فى التحدث عن مرض زوجته والمتاعب التى ترتبت على ذلك. فيقفز الأخصائى الاجتماعى بالحديث فيتناول موضوعاً آخر مثل التحدث عن الخلاف القائم بين العميل وبين أخيه.

ثم إن انتقال الأخصائى من حديث إلى آخر دون ارتباط بينهما يعنى فى نظر العميل أن الأخصائى لا يهتم به ويفهم مشكلته كإنسان، ولكنه

فقط قد رسم فى ذهنه بعض النواحى والجوانب يريد استيفاءها من العميل لمصلحة عمله كأخصائى. وهو أمر يزعزع ثقة العميل به، فيتشكك فى نواياه نحوه إذ قد يعتقد العميل أن الأخصائى بأسئلته هذه يريد الإيقاع به وهكذا.

رابعاً ــ التناسب الطردى بين درجة العلاقة المهنية ونوعية المعلومات:

من التجارب التى يمر بها الإنسان فى حياته ملاحظته أن يخص بعض الأفراد بالتحدث معهم فى مسائله الشخصية، وأنه يطلعهم عليها أيضاً بنسب مختلفة تتناسب مع علاقته بكل منهم. فهو يطلع الصديق الوفى على مسائله الدقيقة وأسراره الشخصية بينما لا يطلع عليه صديقه الأقل وفاء. وذلك لأن العلاقة التى تربط بين شخصين تحدد غالباً درجة ونوع المعلومات التى يدلى بها الواحد للآخر. الأمر الذى يؤكد أن نوع المعلومات المتبادلة بين شخصية تكون فى أغلب الأحوال فى تناسب طردى مع درجة العلاقة القائمة بينهما. (٤ : ٥٨)

لذلك فمن واجب الأخصائى أن يكون على مهارة جيدة فى سرعة تكوين العلاقة المهنية بينه وبين العميل حتى تسير الدراسة فى غير تعثر وتحقق أهدافها.

كما لا يجب أن يضغط على العميل ليدلى بأسراره الشخصية فى مرحلة تكون فيها العلاقة المهنية غير قوية أو فى دور التكوين كما فى المقابلة الأولى، وإلا تعرض الأخصائى لبعض المشاعر السلبية من جانب العميل. وهى مشاعر قد تعرقل تكوين العلاقة وتعوق عملية المساعدة.

خامساً : الدراسة لها جوانب علاجية:

يتحقق خلال عملية الدراسة النفسية الاجتماعية جوانب علاجية هامة هذا إلى جانب هدفها الأصلى وهو الوصول لتقدير تشخيصى سليم. وتلك الجوانب العلاجية هى: (٥: ٢٣)

(أ) تمهد عملية الدراسة وخاصة فى مراحلها الاستطلاعية الأولى لنمو العلاقة المهنية، هذه العلاقة التى تنشأ منذ اللحظة التى يشارك الأخصائى عميله فى دراسة مشكلته، كما تتوطد هذه العلاقة مع اطراد تفاعلها حول حقائق المشكلة.

(ب) خلال سرد العميل لجوانب موقفه الإشكالى يتخلص من جزء من الوحدات الوجدانية التى يكظمها مما يخفف من وطأة المشاعر السلبية عليه، وهذا ما نطلق عليه عملية التنفيس الوجدانى أو التطهير الانفعالى.

(ج) وكذلك أثناء سرد جوانب الموقف الإشكالى ومناقشتها يتحقق للعميل استبصار أو إدراك وفهم لذاته ولطبيعة الموقف الذى يعانى منه.

سادساً ـ للدراسة مناطق محدودة ومصادر متنوعة وأساليبها الخاصة:

الدراسة كعملية ترتكز على ثلاثة محاور وأبعاد أساسية هى:

١ ـ مناطق دراسية.

٢ ـ مصادر دراسية.

٣ ـ أساليب دراسية.

أولا ـ المناطق الدراسية

يقصد بمناطق الدراسة نوع المعلومات أو الحقائق التى يجب أن يهتم بها الأخصائى فيما يتعلق بشخصية العميل والظروف المحيطة به والمرتبطة بموقفه الإشكالى. ونظراً لتعدد جوانب حياة الإنسان الحاضرة منها والماضية والتى لا حصر لها، كما وأن ظروفه المحيطة بدورها وحدات متراكمة متنوعة لا نهاية لها. فإنه لا يمكن تصور إمكان دراسة كافة سمات العميل الشخصية وخبراتها الماضية، وكافة ظروفها المحيطة به بكل ما فيها من مواقف وعلاقات وأحداث . فهذا ضرب من المستحيلات.

ولذا تقتصر الدراسة على مناطق محدودة بطبيعة المشكلة وفلسفة المؤسسة وإمكانياتها.

(أ) فطبيعة المشكلة ذاتها تحدد الحقائق الدراسية التى تهمنا فى كل من سمات العميل الشخصية والظروف المحيطة به المرتبطة بطبيعتها.

فالمشكلة المدرسية تتطلب إلماماً بالجو المدرسى ومواد الرسوب وآراء المدرسين وطريقة الاستذكار ومعامل الذكاء والبطاقة المدرسية وأسلوب شغل وقت الفراغ والجو الأسرى والرفاق وما إلى ذلك من حقائق مرتبطة بتأخر الطالب الدراسى.

كما إن حالات الانحراف السلوكى والاضطرابات النفسية تتطلب بدورها تركيزاً خاصاً على طبيعة التاريخ التطورى للعميل للتعرف منه على مواقف الإحباط المختلفة التى واجهها الفرد فى سنى حياته الأولى والمرتبطة بسلوكه الحالى.

ويشمل التاريخ التطورى للعميل فى صورته المستحدثة والمتقدمة لأنصار المدرسة التحليلية: (١ : ١٥٢)

١ ـ الجو النفسى العام الذى واجهه الطفل عند الولادة سواء كانت ولادة، طبيعية أو قيصرية، وهل كان الطفل مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه، ومدى انعكاس ذلك على سلوك الوالدين حيال الطفل إذا ما ارتبط ذلك بطبيعة المشكلة.

٢ ـ مواقف الإحباط المختلفة عند المرحلة الفمية. وما يكون قد واجهه الطفل من إهمال فى فترة الرضاعة أو غياب أمه عنه أو مرضها وما إلى ذلك.

٣ ـ عملية الفطام كحدث نفسى هام فى نمو الطفل ومدى حرص الأم على الفطام التدريجى له.

٤ ـ مدى نمو الطفل نمواً طبيعياً وخاصة عند التسنين أو المشى أو ضبط عمليتى التبول والتبرز وما إلى ذلك.

٥ ـ ما أحاط بالمرحلتين النرجسية والأوديبية من مواقف وأحداث لها أثرها النفسي على نمو الطفل واجتيازه متناقضات هاتين المرحلتين بسلام. إذ قد تؤدى مواقف الإحباط الشديدة فى هاتين المرحلتين إلى اضطرابات نفسية سلوكية جنسية عند الكبر.

٦ ـ الأحداث والخبرات الأليمة التى تتباعث سواء كان فراقاً أو خوفاً أو مرضاً أو وفاة لأحد المقربين إليه والتى قد تثبت مواقف خوف سابقة أو تؤكد كراهية لأنماط خاصة أو تثبت سلوكه الإنمائى أو العدوانى الذى اكتسبه منذ الطفولة المبكرة.

فمثل هذه الحقائق الشاملة للتاريخ التطورى للعميل قد تكشف النقاب عن الأسباب الأولية الكامنة وراء طبيعة السلوك العدوانى أو الانحرافى أو الاضطرابات النفسية التى تكمن وراء التبول اللا إرادى للطفل أو عيوب الكلام أو الخوف المرضى أو الإدمان أو الشذوذ الجنسى وما إلى ذلك كما تحدد بالتالى اتجاهات عملية المساعدة ذاتها.

وعموماً لا يتسع النطاق هنا لحصر جميع المشكلات أو نماذجها ـ وتفادياً لعملية التكرار أخيل الدراسة إليها بالباب الثالث الخاص بالمجالات النوعية للممارسة ـ ولكن غرضنا من هذا العرض الموجز هو بيان أن لكل مشكلة طبيعة خاصة تحتم وتفرض نفسها على الأخصائى فى الدراسة ليقف على بيانات معينة تفرضها هذه الطبيعة، وهو أمر لازم لتفهم الموقف من جهة ومن جهة أخرى تساعد على التشخيص وتوجه إلى التدخل العلاجى المناسب.

(ب) كما أن **فلسفة المؤسسة وإمكانياتها تحدد بدورها مناطق الدراسة** بما يتفق مع أهدافها وخدماتها:

فالحقائق الدراسية التى يركز عليها مكتب المراقبة الاجتماعية

للأحداث تختلف نسبياً عن الحقائق الواجب التعرف عليها فى مؤسسة الإيداع. حيث أن هدف الأولى هو التعرف على العوامل التى أدت إلى انحراف الحدث حتى يمكن التوصية بأفضل أسلوب تقويمى تهذيبى للحدث، بينما تركز الأخرى على الحقائق الخاصة بقدرات الحدث ومستواه التعليمى والمهنى والعقلى، حتى تضعه فى أفضل قسم مناسب بأقسامها. كما أن الحقائق التى يتطلبها مكتب الخدمة الاجتماعية المدرسية عن تلميذ متأخر دراسياً قد تختلف بدورها عن الحقائق المطلوبة للعيادة النفسية عن نفس هذا التلميذ وهكذا. (١ : ١٥٥)

لذلك تختلف المؤسسات فى صياغة وتخطيط استمارات البحث بها حسبما يتفق وأهدافها وإمكانياتها.

ورغم هذا الاختلاف إلا أن هناك جوانباً دراسية عامة مشتركة فى معظم صور هذه الاستمارات لها أهميتها فى غالبية المؤسسات نوضحها فيما يلى: (١ : ٢٠٨)

أولا ـ بيانات معرفة: وتشمل الاسم والسن والنوع والديانة والعنوان والمدرسة أو العمل والفرقة أو المهنة والحالة الاجتماعية، كما قد تشمل نوع المرض أو العجز أو التهمة ... إلخ.

ثانياً ـ المشكلة كما تقدم بها العميل: أو نوع الخدمات التى يريدها.

ثالثاً ـ تكوين الأسرة: ويفضل عمل جدول خاص يوضح أعضاء الأسرة وظروف كل منهم الاجتماعية والصحية والعملية، ... إلخ.

رابعاً ـ المسكن والحى: ويوضح هنا طبيعة المسكن والحى والجيرة، ... إلخ.

خامساً ـ السمات الشخصية للعميل: ويوضح هنا سمة العميل الشخصية وما بها من جوانب قوة وضعف، قد تشمل توضيح سمات

أشخاص آخرين كالأب أو الأم، أو الأقارب وخاصة فى مشكلات المنازعات الأسرية واضطرابات الأطفال وما إليها.

سادساً ـ الميزانية الشهرية: وعادة ما يكون لها جدول خاص لتوضيح الدخل والتصرف... إلخ.

سابعاً ـ تاريخ المشكلة والجهود السابقة لمعالجتها: وتأخذ هذه صور شتى حسب طبيعة المشكلة وفلسفة المؤسسة ـ وعادة ما تنحصر هذه الصورة فيما يلى:

(أ) **التاريخ الاجتماعى للمشكلة**: إذا ما كانت اقتصادية أو اجتماعية يوضح نشأتها والدور الذى لعبه العميل فيها والجهود السابقة التى بذلت.

(ب) **التاريخ المرضى**: إذا ما ارتبطت المشكلة بمرض معين جسمى أو نفسى.

(ج) **التاريخ التطورى**: إذا ما كانت للمشكلة جوانب مناسبة أو سلوكية.

ثامناً ـ الرأى المهنى للأخصائي: ويوضح هنا الأخصائى رأيه المهنى المستمد من الحقائق التى توصل إليها كما يشير إلى الخطوات العلاجية المناسبة للحالة وما إلى ذلك.

غير أنه يجب الحذر من التقيد بهذه الصور الجامدة من نقط الاهتمام لأن التقيد بها يتنافى مع طبيعة خدمة الفرد التى أساسها التفرد. كما أن التقيد الحرفى بها قد يجمد الأخصائى على مناطق معينة فى الدراسة تمنعه من الابتكار وتحرمه من المرونة فى التفكير ومواجهة المواقف الدراسية المختلفة التى قد تحتاج إلى هذه المرونة

ثانياً ــ المصادر الدراسية

المصادر الدراسية هى المنابع التى يستعين بها الأخصائى الاجتماعى ويرجع إليها للوقوف على المعلومات التى يستكمل بها الحقائق الدراسية اللازمة للحالة. (٦ : ٢٧)

وبصفة عامة يعتبر العميل وأسرته المصدر الأول لهذه المعلومات. وهناك مصادر متعددة حسب ما يستدعى الموقف مثل الأصدقاء والجيرة والخبراء والعمل والمدرسة والبيئة.

كما يدخل فى مصادر المعلومات دراسة الوثائق والمستندات والسجلات ونتائج الاختبارات المختلفة كتقارير الأطباء أو الأخصائيين النفسيين أو تقارير المدرسة، وما قد تستدعيه من أساليب حسب الحالة التى يتعامل معها الأخصائى.

ثالثاً ــ التكنكيات الدراسية

التكنيكات الدراسية هى تلك الأساليب والوسائل التى يستخدمها الأخصائى فى الوقوف على حقائق المشكلة من مصادرها المختلفة.

وبصفة عامة تنحصر هذه التكنيكات الدراسية فيما يلى:

(١) المقابلات بأنواعها المختلفة سواء كانت:

ــ مقابلات مؤسسية.

ــ مقابلات منزلية (الزيارة المنزلية).

(٢) المكاتبات والاتصالات التليفونية:

ويتوقف استخدام الأخصائى لتكنيك دون الآخر على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها.

فالمقابلة الشخصية تكشف عن حقائق لا تكشفها المكاتبات أو

الاتصالات التليفونية، كما أن الزيارة المزلية قد توضح أموراً لا تكشفها المقابلة الشخصية وهكذا. وسنتناول فيما يلى كلا من الأساليب بشىء من التفصيل:

المقابلــــــة

مفهومها وأهميتها:

المقابلة أسلوب شائع بين الناس يمارسونها تحقيقاً لأهداف معينة إما إشباعاً لحاجة أو تجنباً لألم. وقد تكون مقابلات مادتها الوجدانية فرحاً وبهجة وقد تكون مادتها الوجدانية حزناً أو ألماً. وسواء كانت هذه أو تلك فإن ملامح مشتركة بينها لابد من توافرها لكى تحقق المقابلة هدفها كالتفاهم والترحيب كعوامل مساعدة يكتسبها الناس بحكم الخبرة والمران الطويل.

أما المقابلة فى خدمة الفرد ـ كما يشير إليها عبد الفتاح عثمان ـ فهى نمط فريد من المقابلات من حيث هى: (١: ١٥٩)

«لقاء مهنى هادف بين الأخصائى والعميل أو أى فرد أو أفراد مرتبطين بالمشكلة فى إطار أسس وقواعد منظمة تحقيقاً لعملية المساعدة».

والمقابلة تمثل اليوم عصب عملية المساعدة ودعامتها الأساسية وحجر الزاوية فى هذه العملية ذاتها منذ أصبحت ذات العميل هى محور المساعدة فى خدمة الفرد التحليلية المعاصرة. ومن ثم فهى تعتبر الوسيط الذى تتم عن طريقه جميع عمليات خدمة الفرد والمحور الأساسى الذى تدور حوله هذه العمليات. كما أنها البيئة التى تنمو فيها العلاقة المهنية التى تعتبر مجال التفاعل بين العميل والأخصائى. وعن طريقها يتم التعرف على شخصية العميل والظروف المحيطة به وتتحدد الخدمات اللازمة له لعلاج مشكلته. كما أنه فى كثير من الأحيان يلجأ الأخصائى إلى المقابلة إذا ما أراد أن يتحقق من بعض البيانات أو المعلومات أو أن يحصل على بعض المعلومات

التى يراها ناقصة أو لازمة لعملية المساعدة وأخيراً يلجأ إليها باعتبارها وسيلة من وسائل التشخيص والعلاج. (٣: ٢٩٣)

والمقابلة بهذا المعنى عبارة عن «علاقة ديناميكية بين شخصين الأخصائى والعميل، فيها يحاول العميل أن يحصل على حل للمشكلة التى يعانى منها ويحاول الأخصائى أن يقدم للعميل خلالها المساعدة الفنية التى يراها ملائمة للعميل». (٧: ٤٩٩)

ولذا فالمقابلة فى خدمة الفرد، تحتاج إلى خبرة ومران وتتطلب مهارة خاصة لممارستها. فهى علاقة مهنية غنية من الطراز الأول، تعكس شخصية الأخصائى كما تعكس شخصية العميل. وهى لا تتحدد بالمشكلة التى يأتى العميل بسببها، ولكنها تمتد إلى سائر مشكلاته الأخرى، وجوانب شخصيته المختلفة، كما أنها لا تقتصر على تقديم المساعدة المطلوبة بل إنها تتسع إلى أن تصبح موقفاً تعليمياً فى أدق صور التعليم والتعلم، ثم إنها لا تعطى صورة لمهارة الأخصائى الفنية فحسب بل إنها ترسم صورة دقيقة لفلسفته فى الحياة ونظرته للإنسان.

هذا وإذا كان ثمة قواعد وأساليب للمقابلات الإنسانية بصفة عامة فإن هناك بالضرورة قواعد وأساليب خاصة للمقابلات فى خدمة الفرد تضع فى اعتبارها الحقائق التالية: (١ : ١٦١)

- العميل وهو الشخص «المقابل» يعيش دائماً موقفاً مؤلماً أو قلقاً.
- يطغى عليه هذا الألم أو هذا القلق حساسية خاصة لاستجابات الآخرين.
- وهو كإنسان عادى يقاوم السلطة حتى ولو كانت سلطة العطاء والمساعدة.
- من ثم فهو يمارس ألواناً مختلفة من السلوك الدفاعى ومن المشاعر السلبية.
- رغم كل ذلك فعلى الأخصائى «المقابل» أن يواجه كل هذه المشاعر ليحول هذا الألم إلى أمل وهذا اليأس إلى قوة.

وإذا نظرنا إلى المقابلة هذه النظرة، فإننا نجد أن الوسيلة إلى إجرائها وإتقانها ليست القراءة أو الدراسة فقط، ولكنها تتطلب خبرة ومران ومراجعة الأخصائى لنفسه عقب كل مقابلة لمعرفة ما الذى حققه وما الذى فشل فيه ومناقشته لما يقوم به من مقابلات مع زملائه فى العمل ومشرفيه.

للمقابلة أنواع متعددة:

المقابلة فى خدمة الفرد هى بصفة عامة مقابلة علاجية سواء استهدفت التأثير فى العميل ذاته أو التأثير فى المحيطين به أو أنها على الأقل خطوة نحو علاج المشكلة. ورغم هذا فإنه يمكن التمييز بين أنواع منها كما يلى:

أولا ـ تصنيف المقابلة وفقًا لعدد العملاء:

نميز هنا بين ثلاثة أنواع من هذه المقابلات وهى: (١ : ١٨٩)

١ ـ **المقابلة الفردية**: ويتم هذا النوع من المقابلات بين الأخصائى والعميل أو أحد المتصلين بالمشكلة على انفراد.

٢ ـ **المقابلة الجماعية**: هى تلك المقابلات التى يقابل فيها الأخصائى مجموعة من العملاء ذوى الظروف المتشابهة أو الحاجات المتجانسة ليشرح لهم فلسفة المؤسسة أو شروطها أو القواعد والحدود الواجب الالتزام بها فى المؤسسة وما إلى ذلك.
هذا وعادة ما تكون هذه المقابلات فى المراحل الأولى يتم بعدها تنظيم زمنى للقاءات الفردية، وتفيد مثل هذه المقابلات فى توفير الجهد والوقت الضائع فى تكرار شرح خدمات المؤسسة وشروطها وقواعدها لكل عميل على حدة.

٣ ـ **المقابلة المشتركة**: ويتم هذا النوع من المقابلات بين الأخصائى والعميل والأطراف المعنيين بالمشكلة وما يقتضيه الموقف. وهى مقابلات تشيع عادة فى المشكلات الأسرية وفى الأسر البديلة وما إلى ذلك.

ومثل هذه المقابلات تتم عادة بعد أن يقوم الأخصائى بمقابلات فردية مع العميل نفسه ومع الأطراف المعنيين بالمشكلة أفراد الأسرة مثلا ليجد من المفيد فى النهاية تنظيم مقابلة مشتركة بينهم.

ويستهدف هذا النوع من المقابلات منح فرصة لأطراف المشكلة للتعبير عن أحاسيسهم وأفكارهم فى مواجهة الطرف الآخر فى ظل توجيه مهنى وقيادة عاقلة تستثمر هذه الأحاسيس وهذه الأفكار رغم احتمال تصارعها لتوجهها وجهة بناءة لحل المشكلة. وهى نمط مستحدث من المقابلات التى استعين فيها بأساليب العلاج الجماعى وأهمية التفاعل المشترك فى تحقيق عمليات علاجية عظيمة الأثر.

لذلك فهى تتطلب مهارات خاصة من الأخصائى الذى يجب أن يتسم باللباقة ودقة الملاحظة وعدم التهيب من مواجهة الانفعالات المتصارعة والمهارة فى قيادة التفاعل وتوجيه المناقشة.

ثانياً ـ تصنيف المقابلة وفقاً للقصد: (٥ : ٤٤)

ونميز هنا بين نوعين من هذه المقابلات وهى:

١ ـ **مقابلات مقصودة:** وهى تلك المقابلات التى تتم بين الأخصائي والعميل أو مع الأطراف المعنيين بالمشكلة بناء على اتفاق مسبق على ميعادها ومكانها وهدفها.

٢ ـ **مقابلات غير مقصودة:** أى مقابلات الصدفة Occasional Interview وتتميز بالعفوية وعنصر المفاجأة حيث تتم دون ميعاد سابق أو دون التزام بالإجراءات الإدارية.

وهى شائعة فى كثير من مؤسسات الإيداع والمدارس والمستشفيات حيث يوجد العملاء على مقربة من الأخصائى الاجتماعى. وعادة ما تدفع إليها ضغط الحاجة عند العملاء والطبيعة الإنسانية لخدمة الفرد ذاتها التى

تفرض على الأخصائى الاستجابة لظروف عملائه. وإن كان من المفضل فى هذا النوع من المقابلات أن تكون ذاتها نوع من الاتفاق على تحديد ميعاد آخر لمقابلة تالية فى أقرب وقت ممكن.

ثالثاً ـ تصنيف المقابلة وفقاً للهدف:

نميز هنا بين أربعة أنواع من هذه المقابلات وهى:

(١) مقابلات الاستقبال Intake Interview **(البت فى القبول)**

وهى مقابلات أولية يقوم بها أخصائى متخصص ذو خبرة ودراسة فنية فى استقبال الحالات والبت فيها، تمارس فيها كافة عمليات خدمة الفرد ـ من دراسة وتشخيص وعلاج ـ بصورة مبدئية عامة لتقرير إمكانية المساعدة، لذلك فهى وحدة مستقلة متكاملة فى ذاتها مرتبطة بهدف محدد تنتهى بانتهاء البت فى الحالة إما بقبولها بالمؤسسة أو بتحويلها إلى مؤسسة أخرى. (١ : ١٩٢)

وتأسيساً على ما سبق، فإن مصير الحالة فى نهاية هذا النوع من المقابلات إنما يأخذ أحد تيارات أو اتجاهات ثلاث: (٢ : ١٧٨)

(أ) فإما أن يتبين أن مشكلة الشخص غير ذى موضوع أو غير جدية أو غير واقعية: كأن يكون دخله مثلا فوق مستوى ميزانية المؤسسة، ويطلب إعانة مالية ويرفض أى مساعدة من أى لون آخر، وحينئذ يشرح له الأخصائى الموقف على حقيقته ويرده فى رفق، أو قد تكون مشكلته فى حاجة إلى مجهود بسيط فيوجه توجيهاً مناسباً إلى موارد يمكنه أن يستغلها بنفسه مكتفياً بنشاطه الذاتى كما فى تحويل أسرة مسجون إلى إحدى الجمعيات الخيرية.

(ب) وإما أن يتبين الأخصائى أن هناك مشكلة حقيقية وإنما تخرج عن وظيفة المؤسسة وتنتمى إلى وظيفة تمارسها مؤسسة أخرى. وفى هذه

الحالة يشرح له الأخصائى حدود وظيفة المؤسسة ويوضح له أن هناك مشكلة حقيقية جديرة بالعلاج ويعطيه فكرة واضحة عن المؤسسات المختصة بعلاج مشكلته ويناقش معه ما يمكنها أن تقدم له من خدمات. وفى حالة موافقته على أن يتابع صلته بهذه المؤسسات يقوم الأخصائى بإرشاده إلى الوجهة الصحيحة كما يقوم بعمل تحويل (يكتب ملخصاً تحويلياً بسيطاً) للمؤسسة المناسبة التى يتفق عليها معه.

ولاشك أن فى ذلك قيمة كبيرة من الناحية النفسية للعميل إذ أن شعوره بأنه لم يرد خائباً، وبأنه يلقى اهتمام، يزوده بنوع من الأمل والحماس الذى يدفعه إلى مواصلة السعى للتخلص من مشاكله.

(ج) وإما أن تقع المشكلة فى نطاق اختصاص المؤسسة وتتفق وشروطها وهنا نقبل الحالة وتحول إلى الأخصائى الذى يتعهد العمل مع العميل حتى النهاية. ويتحكم فى توزيع الحالات الجديدة على الأخصائيين الاجتماعيين فى المؤسسة عدة اعتبارات منها: مستوى الخبرة، والمهارة التى يمتاز بها كل منهم، فبعض الأخصائيين يمتازون فى تعاملهم مع الأطفال وبعضهم يتفوق فى تعامله مع المراهقين والبعض الآخر لديه مقدرة خاصة فى إرشاد الآباء، وغيرهم يمتاز بدقة العمل ويصل إلى نتائج موفقة فى حالات اضطراب العلاقات الأسرية وهكذا ـ عبء العمل الملقى على عاتق كل أخصائى. ومن الطبيعى أن لكل فرد طاقة على العمل لا يمكنه أن يزيد عليها وإلا كان مستوى ما يؤديه من عمل مهوشاً أو قاصراً مبتوراً.

٢ ـ مقابلات دراسية:

ويقصد بها المقابلات التى تهتم أساساً بدراسة مشكلة العميل والوقوف على طبيعة الحقائق المرتبطة بشخصيته وبيئته الكلية وأثر تفاعل هذه القوى وتأثير كل منها فى الموقف الإشكالى الذى يعانى منه العميل.

٣ ـ مقابلات تشخيصية:

وهدفها تفسير الموقف الإشكالى وذلك بتحليل العوامل الشخصية والبيئية المتفاعلة فى الموقف وربطها بعضها ببعض لفهم كيف تعاونت فى إيجاد هذا الموقف الإشكالى فى حياة العميل.

٤ ـ مقابلات علاجية:

ويقصد بها المقابلات التى تهتم أساساً برسم خطة العلاج وتنفيذه (٣: ٢٩٦). وفى معظم الحالات تكون المقابلة هى المناخ الحيوى والرئيسى الذى تتم فيه العمليات التعديلية والتأثيرية المختلفة التى يقوم بها الأخصائى سواء فى ذات العميل أو اتجاهات المحيطين به للتخفيف من حدة ضغوطهم الخارجية عليه أو لزيادة فاعليتهم لمساعدة العميل.

رابعاً ـ تصنيف المقابلة وفقاً للتوقيت:

تقسم المقابلة من حيث توقيتها إلى:

١ ـ مقابلة أولى.

٢ ـ مقابلة تالية.

٣ ـ مقابلة ختامية.

٤ ـ مقابلة تتبعية.

وسنتناول كلا من هذه المقابلات بشىء من التفصيل:

المقابلة الأولى:

هى أول مقابلة يقوم بها الأخصائى الاجتماعى الذى حولت إليه الحالة سواء عن طريق أخصائى الاستقبال أو عن طريق آخر. وتتميز بعدة خصائص أهمها:

أولا : المقابلة الأولى يغلب عليها الطابع الدراسى والاستطلاعى لحقائق

المشكلة.

ثانياً: أنها تعتبر بداية لنمو العلاقة المهنية بكل ما تتطلبه من عمق وإيجابية. (١ : ١٩٣)

ثالثاً: المقابلة الأولى يصاحبها عادة الكثير من التوترات والمشاعر السلبية التى يعانيها منها العملاء:

- فمهما كانت مشكلة العميل فإن التجائه للمؤسسة تسليم منه بالفشل فى تناول أموره بنفسه وهذا يدفع فى نفسه الإحساس بالقلة لأنه يختلف عن غيره من الأشخاص العاديين الذين يتناولون أمورهم بأنفسهم دون الحاجة للمساعدات الخارجية.

- كما يعتبر تقدم العميل بطلب المساعدة من المؤسسة خبرة جديدة يمر بها والخبرة الجديدة تكون مصحوبة بالقلق عادة والخشية من الإخفاق فى الوصول إلى الهدف. وهذا القلق قد يدفع العملاء إلى الخوف من مقابلة الأخصائى الاجتماعى.

- كما أن الخبرة الجديدة تدفعهم إلى الشعور بأن الأنظار مركزة عليهم فيجدون صعوبة فى الدخول إلى المؤسسة والاستقرار فى هدوء وقد يتحرجون من السؤال عن الأخصائى أو يخشون الجلوس فى أماكن الانتظار وما إلى ذلك من العوامل التى تؤثر عليهم وعلى انفعالاتهم.

- وقد يشعر العميل فى بداية اتصاله بالمؤسسة بالعار لأنه شخص غير قادر على أن يكون شخصاً سوياً كبقية الأشخاص وقد تكون المشكلة من المشكلات التى ينظر إليها المجتمع نفسه نظرة قلة أو احتقار كما فى حالات الأحداث المنحرفين أو حالات الفقر مثلا أو الاضطرابات النفسية وما شابه ذلك من مشكلات.

- كما قد يراود بعض العملاء إحساس بالذنب لأنهم هم المسئولون عن الحال التى وصلوا إليها نتيجة سوء تصرفهم مما يجعلهم يخجلون من الأخصائى الاجتماعى الذى سيتصلون به ويخشون أنه سيكشف سوء تصرفهم هذا كما فى حالات انحرافات الأطفال أو اضطراب السلوك.
- وقد يقع العميل تحت توتر ناشئ عن شعوره بالظلم فى المجتمع، فتظهر لديه بعض الميول العدوانية تجاه الموسسة ونظمها وخاصة إذا طالت المدة ما بين تقديمه للطلب وبين تحديد موعد المقابلة كما هو ظاهر فى ميدان الدرن إذ أن المرضى ينظرون إلى أنفسهم على أنهم ضحايا المجتمع فيحقدون عليه ويعكسون ذلك على المؤسسة، وقد يكون البعض واقعاً تحت تأثير المشكلة بشكل واضح مما قد يدفعهم إلى إظهار الذلة والمسكنة ومحاولة التأثير على الأخصائى الاجتماعى للإسراع بالمساعدة.

كل هذه التوترات والكثير غيرها مما يظهر فى المقابلات الأولى ولذلك يجب أن يهتم الأخصائى بمحاولة التخفيف من حدة هذه التوترات ويشعر العميل باهتمامه به وبمشكلته.

رابعاً ـ المقابلة الأولى مؤسسية:

تعتبر المؤسسة هى المكان الرئيسى للمقابلات وأن المقابلات خارج المؤسسة فى أماكن تتعلق بالموقف كالمنزل أو المدرسة أو مكان العمل ضرورات يحتمها العمل لغرض معين ولذلك يجب أن تكون فى أضيق الحدود.

وعلى أى حال فإن بعض المؤسسات الاجتماعية تبدأ العمل بالقيام بزيارة منزلية دون إخطار العميل ويترتب على ذلك متاعب متعددة منها: (٣: ٣٠٨، ٣٠٩)

١ ـ إن الأخصائى الاجتماعى الذى يبدأ اتصالاته بالعميل فى مكان غير المؤسسة يكون غير عارف بشخص العميل نفسه مما يترتب عليه بعض موقف حرجة إذ قد يثير شك أهل المنزل والجيران بسؤاله عن العميل وقد يشعر العميل بالعار فيتهرب من الأخصائى الاجتماعى وينكر نفسه مما يجعل الزيارة فاشلة لا تحقق الغرض منها.

٢ ـ قد يكون الموعد الذى توجه فيه الأخصائى للعميل فى وقت غير مناسب للعميل الأمر الذى يؤدى إلى إحراج العميل وعدم استعداده لمقابلته بسبب اضطراب المقابلة التى قصد إليها الأخصائى أو يشعرالعميل بأن الأخصائى يتجسس عليه.

٣ ـ إذا قام الأخصائى بزيارة العميل قبل أن يتعرف عليه فى المؤسسة قد لا يعرف طريق الوصول إلى المنزل وهذا كثيراً ما يحدث إذ أن العملاء عندما يكتبون عناوينهم فى الطلبات التى يتقدمون بها للمؤسسة لا يشرحون طريقة الوصول الأمر الذى يؤدى غالباً إلى أن يضل الأخصائى الطريق إلى المنزل ويضيع عليه الجهد والوقت سدى.

هذه بعض الأسباب التى تحتم أن تكون المقابلة الأولى بالمؤسسة حيث يتعرف الأخصائى على شخصية العميل ويتعرف العميل على شخص الأخصائى الاجتماعى.

خامساً ـ وأخيراً تتحمل المقابلة الأولى مسئولية التخطيط لاتجاهات عملية المساعدة بل وإنجاحها:

فى الواقع أن قياس نجاح المقابلة الأولى يتوقف على مدى قدرتها على تحديد الإطار العام لعملية المساعدة لتفادى بعثرة الجهد وتشتيته دون طائل خاصة ونحن نتطلع اليوم إلى الاقتصاد قدر الإمكان فى عمليات خدمة الفرد وخطواتها ولتكون المقابلة الواحدة جلسة علاج مستقلة.

ولكى يتحقق ذلك نوضح فيما يلى أهم الجوانب الواجب على الأخصائى استيفائها خلال المقابلة الأولى وهى: (١ : ١٩٧)

١ ـ طبيعة المشكلة نفسها ومجالها الرئيسى أسرية كانت أو نفسية... إلخ.

٢ ـ مدى حيويتها وخطورتها سواء على العميل أو على أسرته أو على المجتمع.

٣ ـ كيفية تفسير العميل لأسبابها أو بمعنى آخر كيفية تشخيصه للمشكلة من وجهة نظره الخاصة.

٤ ـ ما هى الجهود السابقة التى بذلها كمحاولة منه لحلها ولماذا لم تنجح هذه الجهود أو ما هى الأشياء التى حققتها.

٥ ـ ماذا يطلب العميل من المؤسسة أو بمعنى آخر، ما هى خطته التى وضعها لعلاجها؟

٦ ـ ما هو النمط العام لشخصية العميل وما هى السمات الشخصية الأكثر ارتباطاً بطبيعة المشكلة؟

٧ ـ ما هى طبيعة ظروفه البيئية وأى من هذه الظروف المحيطة لها ثقل خاص فى الموقف الذى يواجهه؟

٨ ـ ما هى المصادر الهامة الواجب الرجوع إليها لاستكمال دراسة المشكلة.

٩ ـ ضرورة تعريف العميل بالمؤسسة وشروطها وإجراءاتها وإمكانياتها.

١٠ ـ مدى استعداده للتعاون مع هذه الشروط والاستجابة لهذه الإجراءات.

وتأسيساً على ما سبق، يتبين لنا أن للمقابلة الأولى ثمة أهداف نسعى إلى تحقيقها وهى:

(أ) تعرف الأخصائى على العميل.

(ب) تعرف الأخصائى على الموقف الإشكالى.

(ج) تعرف العميل على المؤسسة.

المقابلة التالية

المقابلات التالية هى تلك المقابلات المتعاقبة التى تلى المقابلة الأولى والتى قد تتم، بصفة دورية أو بصفة متقطعة حسب الظروف.

وتتميز هذه المقابلات عن المقابلات الأولى بما يلى: (١ ٢٠٠)

١ ـ نخلص العميل من قدر كبير نسبياً من مشاعره السلبية التى تملكته عند لقائه الأول مع الأخصائى.

٢ ـ توطد العلاقة المهنية بين الأخصائى والعميل بتوفر عناصر الثقة والأمن والاستقرار.

٣ ـ أنها أقل زمناً عن المقابلات الأولى فى أغلب الظروف.

٤ ـ لا يشترط فيها بأن تتم بالمؤسسة حيث قد تكون فى منزل العميل أو فى مدرسته أو عمله، ... وهكذا.

٥ ـ وأخيراً، فإن هذا النوع من المقابلات قد يكون بمثابة لقاءات دورية لهدف علاجى، أو لاستكمال جوانب دراسية متعلقة بشخصية العميل أو ظروفه المحيطة به.

المقابلة الختامية

المقابلة الختامية هى آخر لقاء مهنى للأخصائى مع العميل، وتتم عادة فى الحالات التالية:

١ ـ تحويل الحالة إلى مؤسسة أخرى أو أخصائى آخر.

٢ ـ انتهاء علاقة العميل بالمؤسسة باستكمال علاج المشكلة. (١ : ٢٠١)

وفى الواقع إن زمن عملية التدخل العلاجى غير محدد، فقد تنتهى العملية فى مقابلة واحدة، وقد تستغرق أسبوعاً وقد تستغرق شهراً أو أكثر. وهكذا فإن عملية التدخل العلاجى والعلاقة المهنية قد تقصر أو تطول، وهى مهما طالت فهى عملية علاجية وعلاقة مهنية موقوتة يمضى بعدها كل

فى طريق. ويتوقف الزمن الذى تستغرقه عملية التدخل العلاجى على عدة متغيرات منها: نوع المشكلة وحدتها، وشخصية وتجاوب العميل، والأخصائى ومدى كفاءته واتباعه لأساليب الفن العلاجى أى مدى ملاءمته ما يتخذه من تكنيكات علاجية.

وباختصار يتحدد إنهاء عملية التدخل العلاجى بتحقيق أهدافها وشعور العميل بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والقدرة على حل مشكلاته مستقلا مستقبلا، وشعوره العام بالتوافق النفسى.

وعامة يحتاج هذا النوع من المقابلات عند إنهاء عملية التدخل العلاجى إلى مهارات خاصة كما احتاج بدؤها وإنجازها. إنها ليست كعملية علاج طبى سريع تنتهى بـ «شكراً ومع السلامة والسلام».

إن إنهاء عملية التدخل العلاجى والعلاقة المهنية أمر يكون فى بعض الأحيان صعباً أو مؤلماً. فقد كانت العلاقة المهنية الناجحة قوية وذات أهمية لدرجة أن بعض العملاء لا يودون إنهاءها. (٨: ٢٧٦)

ولذا فإنه بمجرد أن تبدأ مرحلة إنهاء الاتصال بين الأخصائى والعميل فى الظهور، قد تتنازع العميل عوامل مختلفة، أولها: الخوف من أن تعود المشاكل للظهور وأنه لن يستطيع التصرف فيها أو التعامل معها، وقد يشعر بأن الأخصائى يريد أن يتركه وليس من الوفاء أن يتركه، ولكنه بعد ذلك يريد أن يختبر ما اكتسبه من قدرات جديدة فى حل مشاكله وحده دون عون الأخصائى له.

وقد تظهر فى حالات كثيرة وفى هذا الوقت بالذات ظاهرة معاودة المتاعب النفسية التى كان يعانيها العميل وبعد أن تكون قد زالت كاعتراض داخلى على عملية الإنهاء، فاستعادة العميل لهذه المشاكل والتحدث عنها ليس إلا وسيلة لإخفاء المخاوف التى تساور العميل من جراء تركه العون

الذى كان يأتيه عن طريق الخبرة العلاجية: مثال ذلك فى حالة العميل الذى يحس بقرب انتهاء زمن العلاج فيكدس أمام الأخصائى عدة من المشاكل ويرجوه معاونته على حلها، فإذا أراد الأخصائى أن يساير هذا الوضع وجب ألا يستمر فى ذلك طويلا حتى يستطيع العميل الاستفادة من الفترة السابقة للعلاج، ذلك أن الرغبة فى الاستقلال تفوق إلى حد كبير الرغبة فى التواكل مهما كانت الأخيرة ناجمة عن مشاعر مزعجة أو مخاوف متوقعة. وإذا نظرنا إلى سلوك العميل فى ذلك وجدناه سلوكاً غير مرضى، بل لاحظنا أنه هو نفس السلوك الذى نتعرض له جميعاً عندما نترك عملا خبرناه لوظيفة أخرى، أو يشعر به الطفل عندما يترك حماية أهله لأول مرة ويذهب إلى المدرسة وهكذا.

وعندما تنتهى فترة التدخل العلاجى الناجح يغلب أن يبدو لدى العميل بعض مشاعر الأسف، وهو شعور طبيعى لما قام بين الأخصائى والعميل من علاقات مبنية على الفهم، وهى علاقات كان لهما معانى حيوية للعميل، وفيها وجد أيضاً نوعاً من الإشباع، كما جنى فيها الأخصائى سروراً كبيراً، هو السرور الذى يترتب على النجاح.

ومن النظريات المعروفة أن مدى اهتمام العميل بالأخصائى يتغير عندما تقترب فكرة التدخل العلاجى من النهاية، ذلك أنه يرى نفسه قد أصبح كبيراً، وأنه أقرب فى مستواه من الأخصائى بل أكثر، ويبدأ فى هذه اللحظة - ولأول مرة - يميل إلى الأخصائى ميلا من نوع معين، فهو يسأل عن مسائل شخصية للأخصائى كصحته، أو مسكنه، ورأيه فى الأحداث الجارية، وما إلى ذلك، وقد نرى العميل أحياناً يرغب فى أن تستمر علاقته بالأخصائى على أسس شخصية اجتماعية، فعلى الأخصائى أن يلاحظ هذه الأحاسيس الإيجابية وأن ينهى المقابلات على أساس أنها مقابلات مهنية علاجية أكثر منها مقابلات وعلاقات شخصية اجتماعية.

هذا ولا يصح أن تنتهى فترة التدخل العلاجى بمجرد أن يصبح العميل لا يحافظ على مواعيد المقابلات، إذ أن الخبرة العلاجية إذ ذاك تكون ثمارها غير دانية، ويكون الأخصائى قد فشل فى مساعدة العميل.

وخلاصة القول أنه كلما تقدم العميل فى الاستبصار وفهم نفسه، وكلما أختار أهدافاً جديدة، يعيد تشكيل حياته لتحقيقها، كلما بدأت عملية التدخل العلاجى تدخل فى مرحلتها الختامية ـ إنهاء الاتصال ـ (٧: ٤٣٥، ٤٣٦)، وهذه المرحلة رغم أنها تتم عادة بعد الاستقرار على جوانب علاجية معينة إلا أنه قد يسودها مشاعر مختلفة تتفاوت بين مشاعر الحيرة البسيطة وبين مشاعر عميقة من الخوف أو القلق وقد تصل هذه المشاعر إلى حد الاضطراب والاتجاهات النكوصية وخاصة عند الصغار وذوى الميول الاعتمادية.

وبصفة عامة فهناك ثمة واجبات ومهام هامة على الأخصائى القيام بها فى هذا النوع من المقابلات:

١ ـ تلخيص الخطوات العلاجية للعميل وأهمية الالتزام بها.
٢ ـ مراعاة المباعدة بين المقابلات الأخيرة تدريجياً وخاصة مع الصغار أو من يعانون من الفطام النفسى.
٣ ـ ربط العميل بالواقع الذى سيعيش فيه تدريجياً وإشعاره بأن علاقته بالأخصائى لم تكن إلا علاقة مهنية مؤقتة.
٤ ـ يمكن طمأنة العميل فى بعض الأحوال الخاصة ـ إلى أن المؤسسة يمكنها مساعدته مرة أخرى إذا ما عادت المشكلة إلى الظهور مستقبلا ـ وبصفة خاصة مع المودعين بالمؤسسات الإيداعية أو مرضى المستشفيات والعيادات النفسية الذين يتخوفوا من انفصالهم تماماً عن المؤسسة.
٥ ـ عند تحويل العميل إلى مؤسسة أخرى أو إلى أخصائى آخر يجب

توضيح أسباب ذلك إلى العميل بالقدر الذى يقتضيه الموقف باللباقة الواجبة. (١ : ٢٠١)

٦ ـ لفت نظر العميل إلى أنه سيكون هناك عملية متابعة للتأكد من تقدم وتحسن حالته.

وأخيراً، كيف يمكن إنهاء التدخل العلاجى غير الناجح:

قد يخطئ الأخصائى فيحدث الفشل، وهذا ما يسبب فى بعض الأحيان أضراراً بالغة، ولكنه إذا أمكن علاج الموقف بشىء من اللباقة فإن ذلك ينقذ الأخصائى من متاعب كثيرة، وفيما يلى الأسباب التى تؤدى إلى فشل التدخل العلاجى: (٧ : ٤٣٧، ٤٣٨)

١ ـ استعجال الأخصائى للعملية العلاجية.

٢ ـ عدم استعداد العميل وعدم تقبله للعلاج.

٣ ـ أن يقوم فى بيئة العميل ما يحول دون نجاح العملية العلاجية، وهذا يعوق النمو النفسى للعميل حتى يستطيع مواجهة ظروف حياته الخاصة.

٤ ـ أن يفشل الأخصائى فى تبصير العميل بمشاكله، وقد يتعرض الأخصائى لهذا الفشل بسبب ما يبديه العميل من عناد فى العلاج، وما يعمد إليه من هجوم مباشر على الموقف العلاجى، وإذ ذاك يفشل التدخل العلاجى بسبب انعدام التعاون بين العميل والأخصائى.

ومن الملاحظ أنه عندما يصل التدخل العلاجى إلى هذه المرحلة، يلجأ كل من العميل والأخصائى لسياسة الدفاع عن النفس ضد الآخر، وهذا يجعل المقابلات العلاجية واستمرارها أشد خطراً من قطع التدخل العلاجى.

وإذا ذاك ينبغى على الأخصائى أن يبحث فى الأسباب التى أدت إلى هذه النتيجة وأن يراجع ملف العميل وما به من تسجيلات للمقابلات ليقف

على الأخطاء التي قد يكون ارتكبها بدون قصد، وفي الكثير من الحالات يكون الأخصائي مخلصاً في عمله. ولكنه لا يدرك أسباب الفشل، لهذا ينبغي عليه أن يستعين بمشرفيه وبخبرة الآخرين، ويحسن أن نشير في هذه المناسبة إلى أن الاعتراف بالفشل خلة مقبولة بالنسبة للأخصائي وبالنسبة للعميل أيضاً، لأنه يخفف من حدة المواقف الدفاعية التي يتخذها كل منهما، فلا مانع إذاً من أن يقول الأخصائي للعميل: «أشعر أننا لا نحقق أي تقدم في العلاج وربما يرجع ذلك لقلة خبرتي، أو لعدم رغبتك في التعاون، ودون إلقاء لوم على أي طرف منا... ما رأيك في وقف المقابلات قليلا... إذا كنت ترغب في ذلك؟ وعلى وجه عام فالمسألة مسألتك إذا كنت تريد أن تستمر.

وهذه طريقة لبقة تخفف من حدة التوتر الذي يشعر به العميل، وتقلل من رغبته في مهاجمة الأخصائي، كما أنها تساعد على تقبل العميل معاودة المؤسسة مرة أخرى.

وهناك حالة لافتة للنظر، فإن سيدة فشل الأخصائي في علاج مشكلة تتعلق بسلوك ابنها، فلما أراد الأخصائي أن يختم العلاج بنفس الطريقة السابقة ووافقت على إنهائه وشرعت في الخروج ـ وقفت متسائلة : «هل تعالجون الكبار؟» وعندما أجابها الأخصائي بالإيجاب، عادت إلى مقعدها وأخذت تسرد عليه الكثير مما كانت تخفيه من مشاكلها الزوجية التي كشفت فيما بعد أنها السبب الأول لمشاكل ابنها.

وعلى هذا يمكن القول بأن إنهاء المقابلات والتدخل العلاجي الفاشل على هذه الصورة وبهذه الطريقة، قد يدفع العميل إلى أن يبدأ مع الأخصائي سياسة جديدة قد تفتح له أبواباً جديدة لمساعدته.

المقابلة التتبعية

المقابلة التتبعية نوع آخر من المقابلات المهنية التى تتم بعد وضع خطة العلاج موضع التنفيذ بقصد تتبع مدى تقدم وتحسن حالة العميل الذى تم مساعدته. وهى متابعة منظمة لما تم إنجازه أثناء عملية التدخل العلاجى وما اتخذ من قرارات لمواجهة الموقف الإشكالى الذى يعانى منه العميل، أى أن موضوعها هو : ماذا بعد عملية العلاج؟ ورغم هذا فالمتابعة جزء لا يتجزأ من العملية العلاجية، وبدونها تكون عملية التدخل العلاجى ناقصة. (٨: ٢٧٧)

وتتم هذه المقابلات التتبعية إما فى المؤسسة أو فى منزل العميل أو فى مدرسته أو فى مقر عمله وما إلى ذلك. وعموماً تنحصر أهمية المقابلات التتبعية وأهدافها فيما يلى: (١: ٢٠٢)

١ ـ أنها وسيلة هامة للتأكد من متابعة العميل للخطة العلاجية خاصة مع العملاء الذين يعانون عجزاً جسمياً أو عقلياً أو خلقياً.

٢ ـ تجنيب العملاء أية انتكاسة قد يتعرضون لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن فى الحسبان خاصة مع الجانحين تحت المراقبة الاجتماعية أو الرعاية اللاحقة أو الناقهين العائدين إلى بيئتهم الطبيعية.

٣ ـ وسيلة هامة لاستقرار بعض العملاء فى حياتهم الجديدة وخاصة ذوى النزعات الاعتمادية أو المضطربين نفسياً أو الأطفال الذين أودعوا لمدد طويلة فى الموسسات ثم نقلوا إلى بيئاتهم الطبيعية.

٤ ـ المتابعة لازمة وضرورية خاصة فى حالات الأسر البديلة وحالات الإعانة الاقتصادية حيث تتوقف عليها تحديد مدى حاجة العميل إلى خدمات المؤسسة وتوجيه خطوات العلاج.

٥ ـ الاستفادة من المتابعة فى تقويم عملية التدخل العلاجى نفسها، ولهذا قيمته العلمية والعملية الواضحة.

ويمكن أن نشير هنا إلى أنه إذا تبين من هذه المقابلات التتبعية أن الهدف العلاجى النهائى قد تحقق فإن علاج المشكلة يكون قد تم، أما إذا تبين أن سلوك واستجابات العميل لم تقترب من الهدف النهائى للتدخل العلاجى فهذا قد يرجع إلى: (٩: ١٢٢)

- قد يكون التقدير التشخيصى غير دقيق مما يستوجب معه جمع البيانات الضرورية لإعادة التشخيص للمشكلة بدقة.
- أما إذا كان التقدير التشخيصى للموقف الإشكالى صحيحاً ودقيقاً، فالأمر يتطلب الدقة فى إعادة انتقاء واختيار التكنيكات العلاجية المناسبة ثم تنفيذها.

ومن ثم فهى مقابلات ذات طبيعة خاصة تتشكل حسب ظروف كل حالة وكل جديد يطرأ على الموقف.

وفى الواقع أن للمقابلة التتبعية فوائد كثيرة منها (٨: ٢٧٨) أنها تشعر العميل أن الأخصائى مازال يهتم به، وأنه لم يتخل عنه، وأن باب المؤسسة سيظل مفتوحاً، وأنه دائماً على استعداد لتقديم أى مساعدات إذا تطلب الأمر.

إلا أن الحال لا يكون كذلك لدى كل العملاء. فالبعض ـ وهم لحسن الحظ قلة ـ ينظرون إلى مثل هذه المقابلات على أنها نوع من المطاردة غير المرغوبة، تخرج عن حدود عملية المساعدة حيث يعتبرونها تشككاً أو تجسساً عليهم.

لذلك فهى تتطلب مهارة وكفاءة لمواجهة محاولات العملاء المتعددة للتهرب منها، كما قد تزيد حدة هذه المقاومة عند تحويل الحالة إلى أخصائى جديد لتتبعها لتكون آنذاك مقاومة مزدوجة للزيارة وللأخصائى فى نفس الوقت. ومظاهر هذه المقاومة قد تأخذ أشكالا شتى (١: ٢٠٣) فقد يلجأ العميل إلى إنكار نفسه أو يتذرع بالمرض أو يدعى عدم حاجته إلى أى

مساعدة أو قد يطلب من الأخصائى جعل المقابلات بالمؤسسة حيث سيزوده بها ليحيطه بكل جديد فى موقعه... إلخ.

وبالقدر الذى ينجح فيه الأخصائى فى مواجهة هذه المقاومة بكفاية تامة وبالقدر الذى يشعر العميل نفسه بما حققته المتابعة له من فوائد تكون المقابلة التتبعية قد حققت أهدافها المرجوة منها.

بنيان وديناميات المقابلة

Structure & Dynamic

المقابلة فى خدمة الفرد كأى ارتباط لها بداية ووسط ونهاية. وإن كانت هذه المراحل الثلاث لسير المقابلة فى خدمة الفرد تنفرد بخصائص متميزة عن الارتباطات الشائعة من حيث ديناميكية التفاعل المهنى الذى يجرى خلالها.

وفيمايلى عرضاً لهذه المراحل الثلاث فى **تركيب المقابلة** وسيرها.

بداية المقابلة

هى عادة مرحلة استطلاع تمهد لصلب المقابلة، تسودها انفعالات أميل إلى السلبية كالخوف والغضب بل والعداء... ولكون هذه المشاعر والأحاسيس غير مقبولة وبغيضة فالعميل يغلفها بقناعات زائفة بأسلوب أو بآخر من أساليب المقاومة وميكانيزمات الدفاع.

وبين الضغط النفسى لهذه المشاعر ذاتها على العميل وبين محاولته إخفائها وبذل الجهد لتغليفها تتشتت طاقة العميل الإدراكية والحسية والعقلية ليصبح جسداً بلا روح غارقاً فى سلوك مصطنع وبسمات باهتة يخرج من سلوك دفاعى إلى آخر ليقاوم به هذه المقابلة التى عرضته لكل هذه الأحاسيس.

ومن ثم يجب على الأخصائى التعامل مع دفاعيات العميل والتقليل

من مقاومته ومواجهة مشاعره السلبية قدر الإمكان ومهارة الأخصائى فى ذلك تهيئة مناخ نفسى مناسب Permissive Atmosphere يشعر العميل خلاله بحرية الحركة وحرية الانطلاق دون أدنى إحساس بالتهيب أو الرهبة أو الضيق.

ولتهيئة هذا الجو النفسى يتعين على الأخصائى ممارسة أنواعاً من الاتجاهات ذات صبغة وجدانية تساعد العميل على التحرر والشعور بالطمأنينة وسبيله إلى ذلك اتجاه استهلالى نفسى عام من بشاشة تلقائية مشبعة بالحرارة والصدق والاحترام والتقدير والاهتمام به خلال المقابلة مما يعطى للعميل انطباعاً أولياً بالطمأنينة والأمان النفسى فيمتص هذه الأحاسيس لتتحطم بالتالى أساليبه الدفاعية وتتفرغ طاقته لعملية المقابلة وما يدور خلالها. (١ : ١٦٣، ١٦٥)

هذا ويرتبط ببداية المقابلة بعض القواعد التنظيمية الواجب على الأخصائى مراعاتها والالتزام بها لأجل أن تحقق المقابلة أغراضها وأهدافها فى جو طبيعى.

وهذه القواعد والإجراءآت هى:

١ ـ تحديد ميعاد للمقابلة:

إن تحديد ميعاد سابق للمقابلة هو من الأمور الواجبة، لما يكفله هذا التحديد من استعداد وتنظيم وتفرغ.

إذ بمجرد تحديد هذا الموعد يبدأ كل من العميل والأخصائي فى التهيؤ لهذا اللقاء الهادف فيستعد كل منهما للاستفادة من المقابلة فى تحقيق الأغراض التى ستعقد من أجلها، فيحدد أهدافه وينظم أفكاره ويستوفى المسئوليات التى يجب أن تتم قبل موعد المقابلة. وغالباً ما تشغل المقابلة بال العميل منذ تحديد موعدها إلى أن يتم اللقاء بينه وبين الأخصائى. (٢ : ٢٠٧)

(٢) تحديد مكان المقابلة:

ولابد أن يتفق الأخصائى مع العميل على مكان المقابلة. ويستحسن أن تكون المقابلة الأولى فى المؤسسة. ويشترط على المؤسسة أن تعد مكاناً للمقابلات الفردية يسمح بانفراد الأخصائى بالعميل كى يشعر العميل بأنه فى مكان يهيئ له السرية التامة. على أن تتوافر فى هذا المكان كافة الشروط والظروف الفيزيقية من إضاءة وتهوية سليمة. والبعد عن الضوضاء حتى لا يؤثر ذلك فى حديث العميل أو يؤدى إلى تشتيت أفكار الأخصائى أو العميل، كما يجب أن يتسم مكان المقابلة بالبساطة لما يحتويه من أثاث ومعدات الراحة حتى لا ينصرف العميل إلى التأمل فى محتويات الحجرة ويتشتت انتباهه.

وكذلك يجب أن تكون جلسة العميل مريحة حتى لا يقل تركيزه حول موضوع الحديث الذى يدور بينه وبين الأخصائى. (٣: ٢٩٨)

٣ ـ الاستعداد المهنى والنفسى للمقابلة:

إلى جانب تحديد ميعاد للمقابلة ومكانها يجب على الأخصائى أن يقوم بخطوتين هامتين هما:

- **الاستعداد المهنى للمقابلة:** يتمثل ذلك فى التخطيط المسبق للمقابلة وأهدافها. ويتطلب منه ذلك، دراسة وافية للملفات أو السجلات أو الطلب المقدم أو قرار المحكمة وما إلى ذلك حسب ظروف كل حالة. وليضع نصب عينيه أهدافاً محددة ونقاط لاستيفائها كما يقدر بخبرته الخاصة احتمالات سير المقابلة واتجاهاتها فى الإمكان.
- **الاستعداد النفسى للمقابلة:** ويتمثل ذلك فى التخلص من ضغوطه النفسية الخاصة به سواء كانت لأسباب صحية أو شخصية أو اجتماعية (١: ١٨٥)

وذلك حتى لا تتدخل هذه النواحى الذاتية فى المقابلة بينه وبين العميل وإلا أدى ذلك إلى اضطراب المقابلة. ولذا يجب أن يكون الأخصائي قادراً على نقد ذاته، هادئ الأعصاب. (٣: ٢٩٩)

فحالات الاكتئاب أو التوتر الذى يعانى منه يجعله ضيق الصدر ويدفعه للتحيز أو التحامل على العميل وغير ذلك من ألوان الشعور التى يجب أن يتخلص منها الأخصائى قبل المقابلة.

٤ ـ زمن المقابلة:

من القواعد التى انتهى إليها علماء التربية أن الإنسان يفقد القدرة على التركيز بعد عشرة دقائق إذا ما ظل مستمعاً بصورة سلبية، كما يفتر انتباهه بعد ساعة إذا ماكان مشتركاً بنفسه فى المناقشة.

لذلك يجب ألا تزيد مدة المقابلة على الساعة مهما كانت الظروف. وهى الفترة التى يفقد بعدها كل من الأخصائى والعميل القدرة على التركيز والفاعلية. أما مدة المقابلة ذاتها فشأنها شأن كافة عمليات خدمة الفرد تحددها بالضرورة طبيعة المشكلة وظروف العميل وإمكانيات المؤسسة، فقد تصل إلى أقصاها وهى مدة الساعة فى المقابلات المشتركة أو تكون نصف ساعة فى المقابلات الفردية (١ : ١٨٦) وهناك حالات لا تحتمل أن تطول فيها المقابلة لأكثر من دقائق معدودة كحالات المرضى بأمراض تتعارض مع النشاط الذهنى أو الإثارة أو الانفعال وفى حالات كثيرة يضطر الأخصائى الاجتماعى الطبى لأخذ موافقة الطبيب على المقابلة وزمنها وموضوعها.

وسط المقابلة

«مرحلة التحرك المهنى فى المقابلة»

وهذه المرحلة تتسم بقدر من الاستقرار الانفعالى وتفسح مجالا لنشاط

عقلى جديد يخلق أحاسيس إيجابية جديدة هى عادة أقل حدة وسلبية مما كانت عليه كالثقة والأمن،... إلخ.

كما تبدأ مرحلة قياس وتجريب للحقائق التى يقولها العميل فى تفاعل عقلى فتتم خلاله عمليات تنبيه وتأثير وتوجيه وتقديم مقترحات... إلخ. (١ : ١٨٨)

وبصفة عامة تعتبر وسط المقابلة هى المرحلة الحاسمة الفعالة فى المقابلة لأن فيها يتم التفاعل الحقيقى والتجاوب العقلى الوجدانى بين العميل والأخصائى. وفى هذه المرحلة يبدأ العميل عادة بفكرة معينة حتى إذا وصل إلى نهايتها يكون الأخصائى قد ساعده على التحرك من موقفه المتأزم الذى يعانى منه إلى موقف أفضل يعتمد على الوضوح الفكرى والثقة بالنفس نتيجة تنبيه واستثارة ما لديه من قدرات عقلية لتوظيفها توظيفاً سليماً حتى يصل إلى درجة من النضج تساعده على تفهم قدراته وإمكانياته وكيفية استغلالها كما نساعده على وضوح الموقف وتفهمه حتى يستطيع تناوله بالعلاج السليم، ولذلك نطلق عليها مرحلة التحرك المهنى. (٣ : ٣٠٠)

وكى يستطيع الأخصائى التحرك بالعميل بسهولة فسبيله إلى ذلك ثمة ثلاث محاور ومستويات أساسية متدرجة ترتكز عليها هذه المرحلة من التحرك المهنى فى المقابلة وهى ما يمكن أن نسميه:

١ ـ **مدى المقابلة** Range of Interview: وهنا يجب على الأخصائى أن يوظف مهارته الفنية لتحريك التفاعل ـ بالمناقشة والحوار الحر ـ لتغطية الموضوعات التى لها صلة وثيقة بالموقف الإشكالى الذى يعانى منه العميل.

٢ ـ **عمق المقابلة** Depth of Interview: وهنا يجب على الأخصائى أن يوظف مهارته الفنية لمساعدة العميل على مناقشة هذه الموضوعات التى

تشغل اهتمامه وما ترتبط به من عمق انفعالى وما لها من تأثير نفسى على العميل.

٣ ـ **الانتقال فى المقابلة** Interview Transition: وهنا يجب على الأخصائى تحديد متى يتم إجراء عملية الانتقال من موضوعات لآخر ليحرك سير المقابلة.

أولا ـ مدى المقابلة

Range of Interview

يقصد بالمدى هو تغطية الموضوعات التى لها صلة بعملية حل المشكلة بالمناقشة والحوار الحر ـ وقد يجد الأخصائى الاجتماعى صعوبة فى إحداث التوازن بين تغطية كل الموضوعات وبين التعمق فى هذه الموضوعات من حيث تأثيرها النفسى على العميل. فإذا أعطيت المقابلة عدداً كبيراً من الموضوعات فإن ذلك قد يكون على حساب العمق وإذا ركزت المقابلة بعمق على منطقة واحدة أو موضوع واحد فقد لا تعنى بمناقشة موضوعات أخرى وثيقة الصلة بالموقف الإشكالى.

ولمواجهة الأخصائى لمثل هذا الموقف فعليه أن يضع استراتيجية خاصة لكل مقابلة، حتى يستطيع أن يحقق نوعاً من التوازن بين المدى والعمق (٥: ٧٩) مستعيناً فى ذلك بما أثير من موضوعات فى المرحلة التمهيدية، فيختار منها موضوعاً أو موضوعين حسب أهميتها بالنسبة للعميل وللموقف ويركز عليهما حتى يكون التأثير أقوى لأن مناقشة عدة موضوعات فى وقت واحد يؤدى إلى التشتيت. تشتيت بالنسبة لجهد الأخصائى الذى يبذله فى الموقف وتشتيت بالنسبة لطاقة العميل إذا وزعت على عدة جوانب الأمر الذى قد يدخل اليأس إلى نفسه أو يجعل المناقشة سطحية غير متعمقة فلا يحدث التأثير وبالتالى لا يتحرك العميل عن موقفه. (٣: ٣٠٠)

ويهمنا أن نشير إلى الأهمية القصوى فى تغطية الموضوعات التى لها علاقة بالموقف الإشكالى والحصول على الحقائق المرتبطة به من خلال حوار سيال تلقائى قائم على التجاوب العقلى والنفسى يضفى على المقابلة طابعاً إنسانياً لتثمر منه جهود الأخصائى العلاجية. وسبيله إلى ذلك ثمة قواعد وأسس وأساليب فنية خاصة نعرضها فيما يلى:

١ ـ البدء من بؤرة اهتمام العميل:

بمعنى البدء من مشكلته التى يعرضها بل من جانبها الخاص الذى يشغل تفكيره، أما إذا أثار الأخصائى مواضيع تشغل تفكيره هو فالواقع أنه يفرض على العميل فى بداية المناقشة موضوعات قد لا يكون لديه الاستعداد لمناقشتها وهذا يتنافى مع مبدأ حق المصير. ومن ثم يشعر العميل أنه مسلوب الحرية فى مناقشة أموره الخاصة ويفقد حماسه للاشتراك اشتراكاً إيجابياً فى المناقشة. (٣ : ٣٤٠)

٢ ـ إعطاء العميل فرصة للإيضاح:

ولما كان العميل هو صاحب المشكلة، وهو أعرف من غيره بما يعانيه منها أو بضغوطها عليه. فينبغى على الأخصائى أن يمنحه الفرصة ليعرض وجهة نظره عرضاً سليماً على أن يكون ذلك دون مقاطعة من جانب الأخصائى، بل يتركه يعرض مشكلته بالطريقة التى تحلو له فقد يقدم أشياء ويؤخر أخرى، وقد يقفز من موضوع إلى آخر. أو يخفى أشياء تكون منطقية أن يتكلم فيها حسب الترتيب فى العلاقات النسبية من أجزاء موقفه. ولكن الأخصائى يجد فى ذلك فرصة تشخيصية ذات قيمة فى تفهم المشكلة وشخصية العميل وكثير من الانفعالات التى تدور فى نفسه. وعلى الأخصائى أن يشجع العميل من آن لآخر ليستمر فى الخروج. (٤ : ٨٧)

٣ ـ التعليقات وليس الثرثرة:

ومن الأساليب التى يستخدمها الأخصائى لاستثارة نشاط العميل وتفاعله فى المقابلة وكسب ثقته، التعليقات المختلفة وهى تشجع العميل على الاسترسال فى الحديث فى الاتجاهات المناسبة فتجعله يسهب فى توضيح بعض النقط ويوجز فى البعض الآخر، كما تشجعه على وصف مشاعره ومشاعر غيره وتمنحه العون والقبول فى بعض المواقف والتصرفات، وتكون التعليقات فى صور شتى، لفظية وحركية (غير لفظية)، ومن أنواع الحركية هز الرأس علامة التتبع، أو الإيجاب أو القبول وحركة اليدين وتعبيرات الوجه والعينين فى مواقف معينة وكل هذه دلائل تقنع العميل باهتمام الأخصائى بحديثه وبمتابعته بتركيز وبدقة، من أجل التمكن من مساعدته..

وقد تكون التعبيرات الحركية أبلغ تعبيراً من الكلمات فالانفعالات التى ترتسم على وجه الأخصائى لتدل على الانتباه والاهتمام أو الإشفاق أو التأثر أو الفرح أو الاندهاش تشعر العميل أن الأخصائى يشعر معه بالمشكلة ويهتم به ويريد مساعدته، أما التعبيرات اللفظية فمنوعة ولها أغراض شتى ومنها ما يدل العميل على أن الأخصائى مقدر له فاهم لموقفه مثل: «أرى ما تريد أن تصوره لى» ومنها ما يدفع العميل إلى اتجاه تركه لاسترجاع بؤرة الاهتمام كأن يقول مثلاً «يلوح أنك كنت تبذل مجهوداً للاحتفاظ بعملك» (فى حالة عامل فصل من عمله)، ومنها ما يعكس شعور العميل ليسهل إدراكه كقول الأخصائى: «لابد أن هذا التصرف قد أغضبك» ومنها ما يشجع تأمل العميل فى أفكار معينة لزيادة الفهم مثل «إنى أعجب كيف حصل هذا». (٢ : ٢٣٩) ومنها ما يوحى للعميل بما يحتاج الأخصائى إلى معرفته ويرغب سماعه. فالاستجابة المنعكسة أورد الفعل الانعكاسى من الأخصائى لجملة أو كلمة بعينها وترديده لها تجعله كما لو كان يقول للعميل «نعم»

إنها مهمة أريدك أن تستمر، فإذا قالت الزوجة مثلا «زوجى يفرق فى المعاملة بين أبنائه» فيرد عليها الأخصائى «يفرق فى المعاملة»... وهكذا. (٥: ٨٠).

(٤) احترام لحظات الصمت:

وليحذر الأخصائى من استعجال العميل فى حديثه أو تكميل عباراته، بل ينبغى أن يعطيه الوقت الكافى للحديث بطريقته ويسمح له بالتفكير فى نفسه وفى مشكلته وموقفه وعرض تفكيره بأسلوبه الخاص، وأن يلتزم فى أثناء ذلك الصمت. إذ فى الواقع أن الفترات التى يتوقف فيها العميل عن الحديث ليست طويلة، وفى الوقت نفسه تعتبر فرصة للعميل لكى يجمع آراءه أو أن يستعيد ذكرياته، أو أن يوضح أفكاره، وفى بعض الأحيان يحتاج الأخصائى نفسه إلى فترة صمت يقوم فيها بالتفكير فى بعض المعلومات التى سمعها من العميل أو بتحليل بعض ملاحظاته. ولذلك فإن على الأخصائى أن يسمح للعميل ولنفسه أحياناً ببعض فترات يسودها الصمت، ولا ينبغى عليه أن يقطع هذا الصمت إلا إذا استمر مدة طويلة، ففى هذه الحالة يطلب منه أن يذكر شيئاً أكثر تفصيلا عن النقطة التى وقف عندها، أو انتهى إليها.

(٥) الاستماع الواعى وليس الجمود:

الاستماع أو الإنصات الواعى فى المقابلة عملية أساسية إذ يتوقف عليها قدرة الأخصائى على الفهم للموقف الإشكالى، والاستماع عملية شاقة لا يجيدها إلا كل شخص مهنى اكتسب مهارة فى تركيز قواه العقلية مع ضبط اندفاعاته أو ميله للمبادرة بالكلام. وهى تهدف إلى إتاحة الفرصة للعميل للتعبير عن مكونات نفسه.

والأخصائى فى عملية الاستماع يفكر فيما يسمعه من العميل ويلاحظ جوانب النقص فيه. وليس معنى أنه فى موقف الاستماع أن يلتجئ

إلى الصمت المطلق بل يجب أن يشجع العميل بإيماءات منه أو بإشارات أو بتعليقات أو بتقدير أهمية الحديث الذى يدلى به وبقيمته حتى يشجعه على الاستطراد فى الحديث.

أضف إلى ما سبق أنه كلما أجاد الأخصائى عملية الاستماع الواعى كلما مكنه ذلك من التخلص من أفكاره الذاتية الناشئة عن فهمه المبدئى للموقف وتعديلها إلى أفكار تشخيصية قائمة على أساس من الحقائق الموضوعية الجديدة التى يتبينها من استماعه للعميل. (٣ : ٣٢٩-٣٣١)

وإذا كنا نرمز للأخصائى برمز أثناء المقابلة نرمز إليه بأذن كبيرة متصلة بها عقل متفتح ولسان صغير، فالعملية الأساسية فى المقابلة هى قدرة الأخصائى على الاستماع بعقل واعٍ بحيث لا يقتصر فهمه فقط على مجرد استماعه للألفاظ والجمل التى يتفوه فيها العميل بل يجب أن يتغلغل إلى ما وراء الحديث من مدلول نفسى واجتماعى حتى يستطيع أن يتبين التناقض فى قصة العميل أو عدم الترابط وحتى يستطيع أثناء حديث العميل أن يحدد الفجوات غير الواضحة فى حديثه ويحاول أن يربط بين الموضوعات التى يتحدث فيها العميل وبين شخصيته.

(٦) ملاحظة اتجاه سير حديث العميل:

ومما يجدر ملاحظته فى هذا الشأن الجوانب الهامة الآتية:

(أ) **التسلسل فى الحديث**: يعتبر التسلسل فى الحديث دليلا على وضوح الموقف فى ذهن العميل وهذا يساعد الأخصائى على سرعة فهم الواقع الذى يعانى منه العميل. ولكن قد يقابل الأخصائى بعض الأشخاص الذين يعانون من الارتباك فى بعض مواقف خاصة وهذا الارتباك قد يكون له مدلولا خاصاً بالنسبة للموقف الذى يرتبك عند نقطة معينة قد يرجع ارتباكه إلى عدم صدقه فى الحديث حول هذه الناحية، أو قد

يرجع ارتباكه مثلا إلى الإحساس بالعار حول الموقف الذى يتحدث عنه. وملاحظة الجوانب التى يرتبك فيها العميل تساعد الأخصائى على فهم المناطق ذات الأهمية وبالتالى يسهل عليه مساعدة العميل.

(ب) **التناقض فى الحديث:** يجب على الأخصائى ملاحظة التناقض فى حديث العميل وليس معنى هذا أن يواجه مباشرة بهذا التناقض ولكن عليه أن يناقشه عندما تحين الفرصة لمساعدته على مواجهة هذا التناقض والتناقض معناه عدم صحة أحد الجانبين على الأقل أو قد يكون التناقض دليلا على عدم صحة الجانبين مطلقاً. والتناقض فى الحديث مظهر من مظاهر الحيل الدفاعية التى يتهرب بها العميل من مواجهة الموقف.

(ج) **التهرب من الحديث:** يلاحظ فى بعض الأحيان أن العميل يتهرب من الحديث فى مواقف معينة وملاحظة الأخصائى لهذا التهرب تساعده على تفهم الجوانب التى يقاوم فيها العميل نتيجة عوامل خاصة فقد يتهرب العميل من الحديث حول موقف من المواقف نتيجة الألم الذى يرتبط بهذا الموقف فهو لا يود أن يستعيد الذكريات المؤلمة.

قد يتهرب العميل من الحديث حول مناطق معينة خشية اكتشاف الأخصائى لبعض الحقائق التى تسقط حقه فى خدمات المؤسسة كما يحدث فى دراسة بعض الحالات الاقتصادية.

وقد يتهرب العميل من الحديث حول منطقة معينة بسبب ما يكتنفها من معلومات قد تسيء إليه أو يشعر حيالها بإحساسه بالذنب كما فى حالات انحراف الأحداث وتهرب الآباء من الحديث عن طريقة معاملتهم لأبنائهم.

(٧) ملاحظة عرض العميل لمشكلة سطحية غير مشكلته الحقيقية:

إن العملاء عادة يتقدمون إلى المؤسسات لما يحسونه من أعراض مشكلتهم ولكن العميل قد يتهرب من مواجهة المشكلة الأصلية التى يعانى منها ويعرض مشكلة فرعية ناشئة عن الأصلية. والتجاء العميل لمثل هذا التفكير يرجع عادة لعدم قدرته على مواجهة الموقف بشجاعة فيعرض مشكلة ثانوية يمكن أن تتقبلها المؤسسة كأن تتقدم سيدة بطلب المساعدة لعدم وجود عائل يصرف عليها بينما المشكلة هى وجود خلاف بينها وبين زوجة ابنها وعدم قدرتها على التوفيق فى علاقتها بهما مما أدى إلى توقف الابن عن الصرف عليها ولكنها لا تستطيع أن تواجه المشكلة الأصلية فتتحدث عن المشكلة الفرعية وفى مثل هذه الحالات يجب أن يساعدها الأخصائى على التطرق إلى موضوع المشكلة الأصلية. (٣: ٣٢٦، ٣٢٧)

(٨) الانتقاء والتخصيص:

لا يعنى تركنا العميل حراً للتعبير عن مشكلته أن الأخصائى يقف موقفاً سلبياً خلال المقابلة بل هو يمارس عمليات انتقائية وقياسية ليحدد نطاق المشكلة وجوانبها الهامة.

فالعميل عادة ما يعرض مشكلته كجوانب متناثرة أفقية أو عامة متأثرة بانفعالاته الخاصة فهو قد يشكو مرضه وتدهور صحته ثم ينتقل إلى عدم تعاون الزوجة معه ثم يشكو من ابنه الأكبر الذى يضن عليه بالمساعدة ثم من ابنه الآخر الذى علم بهروبه من المؤسسة الإيداعية وينتقل فجأة إلى منزله الآيل للسقوط... وهكذا جوانب متراكمة من المحن والنكبات تحتل كل منها عنده أهمية خاصة. ولكنها تشكل على هذا النحو قاعدة عريضة مركبة تتوه بينها عملية المساعدة وتسيرها على غير هدى .

ومن هنا جاءت أهمية انتقاء الأخصائى لجانب معين أو أكثر من هذه

الجوانب للتركيز عليها لما تحتله من أهمية خاصة سواء للعمل أو للمشكلة برمتها أو لإمكانيات المؤسسة (١ : ١٩٨) . فقد تكون حالة العميل الصحية فى المثال السابق هى الجانب الهام والمحور الأساسى للمشكلات الأخرى حيث يؤدى شفاء العميل من مرضه إلى تخفيف حدة الجوانب الأخرى كلها تلقائياً حيث سيتمكن من العودة إلى عمله ثم مواجهة كل ما يحيط به من ضغوط أخرى أو أن تكون مجرد بداية فقط لعملية المساعدة لترجأ الجوانب الأخرى للقاءات أخرى وهكذا.

(٩) الاستفهام وليس الاستجواب:

الأصل فى الحديث الذى يدور بين الأخصائى والعميل فى المقابلة أن يعطى الأخصائى الفرصة للعميل لشرح مشكلته دون مقاطعة. ولكن لا يعنى هذا أننا لا نتدخل بالأسئلة فى بعض المواضع من حديثه. ولكننا نعنى أن يقلل الأخصائى من تدخله فى هذا الحديث بقدر الإمكان ويترك للعميل الفرصة للتحدث أكثر ما يمكن. (١٠ : ٥٣) فإن المقابلة الناجحة بلاشك هى التى يتكلم فيها العميل أكثر ما يمكن ويتكلم فيها الأخصائى أقل ما يمكن.

وفى الواقع إن الاستفهام من العميل عن أشياء بعينها للتعرف إلى حقائق لابد من معرفتها لمساعدته، يحتاج من الأخصائى إلى فن خاص، لأن إلقاء الأسئلة جزافاً له أضرار كثيرة.

لذا كان من الواجب أن يراعى الأخصائى عدة اعتبارات لعل من أهمها ما يلى:

(أ) مراعاة التوقيت المناسب عند إلقاء الأسئلة:

وثمة شروط أساسية لهذا التوقيت نحصرها فيما يلى:

١ ـ ألا يكون السؤال مباغتاً لتفكير العميل، بحيث يقطع تسلسل أفكاره، خلال سرده لحقائق موقفه الإشكالى.

٢ ـ ألا يكون السؤال محبطاً لمشاعر اللحظة النفسية التى يعيشها العميل، فظروف اللحظة النفسية حزناً كانت أو غضباً تحدد إلى حد كبير ما يمكن أن يسأل العميل فيه وما يجب إرجائه لمناسبة أخرى.

٣ ـ استثمار الفرصة المناسبة للتدخل بالسؤال لتحويل المناقشة من موضوع إلى آخر، وخاصة مع العملاء الثرثارين أو الذين يسرفوا فى موضوعات جانبية بعيداً عن موضوع المشكلة.

(ب) مراعاة الصياغة المناسبة للأسئلة:

وثمة شروط هامة لهذه الصياغة نحصرها فيما يلى:

١ ـ أن يكون السؤال بسيطاً واضحاً، بمعنى بعده عن الغموض وخلوه من التعقيدات اللفظية ومما يتفق وإدراك العميل ومستواه الثقافى.

٢ ـ ألا يكون السؤال مركباً، بمعنى أن يشتمل السؤال على موضوع واحد وليس موضوعين أو أكثر تجنباً لإرباك العميل وتشتيت أفكاره.

٣ ـ تجنب أسئلة الإدانة والأسئلة الملتوية أو الساخرة أو الإيحائية إذ أن مثل هذه الأسئلة تثير الشك عند العميل وتفقده الثقة الواجب توافرها لنمو العلاقة بينهما.

٤ ـ أن يكون السؤال مفتوحاً (غير مباشر)، فالسؤال المفتوح يترك للعميل الفرصة للتحدث الحر ودون التزام بإجابة محددة، ثم إن السؤال المفتوح كثيراً ما يجر العميل إلى التحدث فى أمور ما كان الأخصائى يتوقعها منه، وما كانت تخطر ببال الأخصائى أن يسأل فيها، وربما تكون هى مفاتيح للمشكلة المتقدم بها العميل. (١ : ١٧٤-١٧٧)

ومن ثم يفضل أن يتجنب الأخصائى الأسئلة المباشرة إلا فى الأمور التى تتعلق ببعض البيانات الأولية المحددة والواجب معرفتها وخاصة فى المقابلة الأولى كالسن أو عنوان المنزل أو نوع العمل أو التهمة وما إلى ذلك

حيث يتوقف عليها انطباق شروط المؤسسة على العميل أو توجه عملية المساعدة وجهة خاصة.

(ج) مراعاة طبيعة الموقف عند توجيه الأسئلة:

وثمة شروط وقواعد أساسية لذلك نحصرها فيما يلي: (٣: ٣٣٢)

١ ـ أن تكون الأسئلة على قدر ما يحتاج الموقف من بيانات وأن يترك للعميل الفرصة دون ملاحقته بالأسئلة، إذ قد يكثر بعض الأخصائيين من توجيه الأسئلة للعميل الأمر الذى يشعره بأن الأخصائى يستجوبه كما يحدث فى مراكز البوليس أو النيابة ويحاول الإيقاع به. ولاشك أن كثرة القاء الأسئلة تؤدى إلى ارتباك العميل وإلى ظهور نواحى المقاومة عنده نتيجة شعوره بأنه فى موقف استجواب كما أنها تؤدى إلى ظهور الاتجاهات السلبية عند العميل وتدفعه إلى الصمت بعد الإجابة المقتضبة فى انتظار ما يوجه إليه من أسئلة، أضف إلى ذلك أن كثرة الأسئلة قد تقطع على العميل فرصة الاسترسال وترابط المعانى وتنقله من موقف إلى موقف فتختفى الذكريات ويؤثر ذلك فى دراسة المشكلة. إذ أن شغل ذهن العميل بالأسئلة المتوالية لا يسمح له باسترجاع الحوادث القديمة ذات الأثر فى موقفه الإشكالى نظراً لانشغال الذهن بالموقف الحاضر الناشئ من المثير الخارجى الممثل فى مقاطعة الأخصائى المستمرة له.

كما أن بعض الأخصائيين يقللون جداً من توجيه الأسئلة لاستكمال جوانب الموقف بينما العميل يعلم فى قرارة نفسه عادة أنه لازال لديه الكثير من المعلومات المخزونة لم يصرح بها للأخصائى وبذلك يشعرون بعدم اهتمام الأخصائى باستجلاء الموقف أو يشعرون بأنه غير أهل لمساعدتهم لأنه لا يتمتع بالدقة فى دراسة الموقف الإشكالى الذى يعانون منه.

٢ ـ أن يتفق عمق السؤال مع نوع الموقف الذى يتعامل فيه العميل مع

الأخصائى، ولما كان الهدف من الاسم هو استكمال فهم جوانب الموقف فإن نوع الأسئلة التى توجه يجب أن يكون متصلا بالموقف نفسه وأنه يجب ألا يتعمق الأخصائى فى توجيه الأسئلة بحيث يتدخل فى مناطق لا علاقة لها بالموقف الذى يتعامل فيه. فالأسئلة الشخصية الكثيرة عن العلاقات أو مناطق التأزم النفسى والانفعالات تشعر العميل بأن الأخصائى يضعه فى ماء بارد ويحس أنه ينبش فى أسراره فى الوقت الذى لا يفهم فيه قيمة هذه الأسئلة إذا كان يتعامل معه فى موقف يدور حول النواحى الاقتصادية مثلا بينما مثل هذه الأسئلة التى تتصل بالانفعالات قد يشعر العميل بأهميتها فى مشكلات العلاقات الزوجية أو مشكلات الاضطرابات النفسية وفى مثل هذا الموقف تقل مقاومة العميل فى الإجابة على مثل هذه الأسئلة.

وأخيراً، نشير هنا إلى أن الأسئلة لابد وأن تتفق مع القيم الإنسانية للمهنة وأسسها المهنية جميعاً.

ثانياً ـ عمق المقابلة

Depth of Interview

إذا تم تغطية المحتويات العامة من الموضوعات والمناطق وثيقة الصلة بالموقف الإشكالى وحدد كل من الأخصائى والعميل بعض المناطق التى تحتاج إلى مناقشة عميقة، فإن المشكلة التى تواجه الأخصائى عندئذ هى التركيز على موضوع معين والتحرك رأسياً من المستوى السطحى للموضوع إلى مستوى وجدانى أكثر عمقاً وتأثيراً فى حياة العميل. فالعمق إذن يتعلق بالمشاعر المرتبطة بموضوع المناقشة.

والصعوبة هنا تنشأ من أن العميل ينظر لهذه المشاعر والوجدانات على أنها خاصة به وحده ويشعر بمخاطرة الإفضاء بها ومن ثم يقاوم عملية البوح بهذه المشاعر. (٥ : ٨١)

ولمواجهة هذا الموقف فثمة أسس وأساليب فنية يستخدمها الأخصائى للتحرك بالعميل نحو العمق، أى للتحرك به من مستوى التأثير السطحى إلى المستوى الأكثر عمقاً وتأثيراً فى حياته النفسية. وهذه الأسس والأساليب الفنية هى:

١ ـ ملاحظة الحقائق الذاتية والموضوعية والتمييز بينها:

لكل حقيقة وجهان: وجه ذاتى ووجه موضوعى . فالتعطل عن العمل مثلا حقيقة موضوعية ولكن شعور العميل نحو هذا التعطل هو حقيقة ذاتية. أى أن كل عميل يشعر نحو هذا التعطل شعوراً خاصاً به، وصادراً عن ذاته. فعميل قد يشعر نحوه بالقلق الشديد لأن له أسرة وأولاد ينفق عليهم وأن هذا التعطل سوف يمنعه من القيام بذلك. وعميل آخر قد يشعر بأن هذا التعطل يحفزه على البحث عن عمل آخر بينما نرى عميلا ثالثاً يجد لا شعورياً بأن هذا التعطل هو ما ترغبه نفسه لأن فيه فرصة للهروب من المسئوليات وهكذا.

وفى الواقع لا يمكن أن تكون للحقيقة الموضوعية أى معنى ما لم نفهم معناها الذاتى بالنسبة للعميل. فهى دائماً جامدة عقيمة ما لم تفهم فى إطار خاص يعطى لها معنى. لأنها كالأرقام الإحصائية لا تدل على معنى ما لم ترتبط برباط خاص يعطيها هذا المعنى.

وفى هذا الصدد تشير جوردن هاملتون G. Hamilton إلى أن الحالة تتكون دائماً من عوامل ذاتية داخلية ومن عوامل خارجية بيئية. وأن الأخصائى لا يتعامل مع العميل على أساس عوامله الذاتية فقط أو مع البيئة على أساس أنها تحتوى على أشياء وأفراد فقط، ولكن يتعامل مع العميل بعلاقته مع عناصر البيئة، أو بمعنى آخر مع شعوره نحو هذه العناصر وماذا تعنى له. فعملية التفاعل بين العناصر الذاتية والعناصر البيئية هى الأساس فى تفاعلنا مع العملاء.

لذلك كان من المهم أن يقف الأخصائى من العميل فى معظم الأوقات عن مشاعره نحو الأحداث المختلفة ولا يترك الأمر للحكم الذاتى لأن كثيراً من الأخصائيين يعمدون إلى التسرع وإلى الحكم الذاتى فى الخروج بأفكار تشخيصية، فأحكامهم تكون فى كثير من الأحيان انعكاساً لمشاعرهم هم أنفسهم فى مواقف العملاء.

فالأفراد يختلفون فى مشاعرهم وأحاسيسهم نحو الحقيقة الموضوعية الواحدة. وأن هذه الاختلافات تنشأ دائماً عن الاختلافات فى مكوناتهم الشخصية من تجارب مرت بهم أو اختلافات فى عقلياتهم وإدراكاتهم أو فى أساليب نشأتهم إلى غير ذلك. والأخصائى فى الحقيقة يقابل عملاء كثيرين من مختلف المستويات يعرضون مشكلاتهم وا حقائق المختلفة التى تشتملها، وهى غالباً ما تكون حقائق ذاتية، لأنها تمثل وجهة نظر العميل وهى نظرة ممتزجة بمشاعره وإحساساته وانفعالاته. لذلك كان من واجب الأخصائى أن يساعد العميل فى إدراك الفرق بين ما هو قائم فى الواقع الخارجى عنه والمشاعر الداخلية التى يعكسها على هذا الواقع والتى جعلته يرى هذا الواقع كما يراه. (٤ : ٨٠)

٢ ـ تقبل اتجاهات وانفعالات العميل وتجنب إدانته:

كثيراً ما يعبر العميل فى أثناء مناقشة مشكلته عن اتجاهاته أو انفعالاته نحو نفسه أو نحو الآخرين. وكثيراً ما تكون هذه الاتجاهات والانفعالات سلبية أو غير مقبولة اجتماعياً. وهنا ينبغى على الأخصائى أن يتقبل هذا التعبير عن اتجاهات وانفعالات العميل، وليس معنى هذا أن يوافقه عليها، ولكن معناه أن يدرك هذه الاتجاهات، والانفعالات ويقدرها، وأنه لا يتأثر بها فى نظرته إلى العميل، أى أن تعبير العميل عنها لا يؤدى بالأخصائى إلى لومه وإدانته فلا يقلل هذا التعبير من احترامه له أو تقديره له كإنسان.

فالعميل عادة يواجه موقفاً مؤلماً، وأى إضافة أخرى إلى آلامه عمل غير إنسانى، كما أن موقف الأخصائى اللاإدانى سيحرر طاقة حبست طويلا من قبل حيث وجدت أخيراً إنسان لا يدينه بل ويقدره ويتفهمه ويتعاطف معه. وإذا ما تحررت طاقات العميل كانت هذه خطوة هامة على الطريق نحو تقوية ذاته وتكاملها. أضف إلى هذا أن موقف الإدانة يعطل نمو العلاقة المهنية حيث ينشأ عنها ارتباطاً لا تعاطفياً بين الأخصائى والعميل. (١ : ١٣٧)

٣ ـ التعبير الهادف عن المشاعر:

إن المشكلة الفردية بوصفها حادث مؤلم فى حياة العميل:

ـ لابد وأن تصاحبها أحاسيس سلبية أو بتعبير آخر الجانب المظلم من المشاعر المختلفة. فالحاجة المادية العارضة، رغم بساطتها لابد وأن يصحبها توترات نفسية معينة تختلف فى حدتها حسب شدة إحساس العميل بهذه الحاجة. فمجرد الإحساس بالألم الناجم عن الحاجة المادية ذاتها، والغضب من إحساس بالعجز عن إشباعها لابد وأن يثيرا بدورهما مشاعر سلبية أخرى كالعداء أو الكراهية أو الخوف أو القلق أو الحسد وما أشبه، ليحملها معه العميل حالما تطأ قدماه عتبة المؤسسة طالباً المساعدة.

ـ وجود مثل هذه المشاعر السلبية يشكل عنصراً ضاغطاً على العميل ليقاوم روح الود والحب والثقة التى يبديها له الأخصائى عند أول لقاء بينهما. كما أن تقييدها حبيسة بداخله تخفى على سلوكه الخارجى مظاهر خادعة مضللة، تضلل بدورها محاولة الأخصائى لإدراك موقفه إدراكاً صحيحاً.

ـ هذه المشاعر السلبية عادة ليست مقبولة أو مرغوب فيها، لا يرحب الفرد فى الإفصاح عنها تلقائياً دون جهد مهنى خاص.

من ثم كان من الضرورى على الأخصائى مساعدة العميل بوسائل شتى للتعبير الحر عن هذه المشاعر السلبية وتهيئة كافة الظروف لانطلاقها من أغلالها لتزال الحواجز التى تحجب ارتباطه وثقته بالآخرين معتمداً الأخصائى فى ذلك على ما يلى:

(أ) استثارة العميل للتعبير عن مشاعره الحبيسة:

وهنا يجب على الأخصائى اختيار التوقيت المناسب لاستثارة العميل فى التعبير عن هذه المشاعر، معتمداً فى ذلك على الأسئلة الحيادية وغير المباشرة بصفة خاصة مع الاستجابة المشجعة وليست الاستنكارية لهذه المشاعر حال انطلاقها. (١ : ١٢٣ ، ١٢٦)

(ب) الإنصات الواعى والتعليقات المهنية المناسبة:

وغالباً ما تكون نتيجة المناخ النفسى الذى يهيؤه الأخصائى للعميل من الإنصات الواعى الهادئ فى حيوية ويقظة وحرارة والخالى من اللوم والتأنيب، وما يبديه من تعليقات مهنية مناسبة للعميل فى المناطق التى يحس بأن العميل يحبس مشاعره ـ كأن يعيد عبارة العميل الأخيرة أو مقطع منها كأسلوب تشجيعى لإطلاق مشاعره ـ نوعاً من الأمان النفسى يشجع العميل على التعبير الحر والاسترسال فى التحدث عما يعانيه من إرهاق وتعنت وقسوة أو اضطهاد أو إحساس بالذنب... أو ما إلى ذلك مما يكون لديه ضغوطاً داخلية ومشاعر سلبية حبيسة لأنها لم تجد مجال الأمان الكافى للتعبير، ومعنى ذلك أن العميل يقع فى دائرة من الصراعات لأن الاتجاهات الحبيسة لديه لم تجد المنفذ إلى الخارج وإتاحة الفرصة للتعبير عن هذه الضغوط بحرية وأمان يسمح بتسرب البخار النفسى المضغوط ويخلى الطريق لمزيد من التوازن بعد أن تخف الشحنات الانفعالية وتقل تبعاً لها مشاعر الضيق والقلق والذنب والتوتر.

ويذكر الطبيب النفسى «كارل مننجر» أن بعض عملائه كانوا يترددون عليه للعلاج الذى لم يكن يزيد على سماعه وإنصاته بوعى لشكاواهم ومقاسمته لهم فى التفكير والإحساس وفهم مشاعرهم وتقدير آلامهم مما كان فيه السلوى والعون الذى يطمعون فيه ويرتضون به مخرجاً أو مخففاً لشحنات انفعالية عقلية ثقيلة وأكثر من أن تقوى على احتمالها نفوسهم القلقة الواهية. (٢: ٢٢٦)

(ج) تعميم الاستجابات الوجدانية:

ولما كانت المشاعر التى يحيطها العميل بالغموض والخصوصية هى نوع من الاستجابات غير المقبولة اجتماعياً. فإنه يمكن للأخصائى أن يلجأ إلى تعميم هذه الاستجابات الوجدانية بحيث يستشعر العميل وكأنها عامة وشائعة بين الناس أو قلة منهم.

فيمهد الأخصائى لذلك بأن يسقط هذه المشاعر على الآخرين وجعل هذه المشاعر غير المقبولة تأخذ شكلا غير شخصى تجاه هذا الأمر، كما أن الأخصائى يبين أن هذه المشاعر مقبولة بشكل عام كأن يقول للعميل «بعض الأسر تقوم بوضع أطفالهم ضعاف العقول فى مؤسسات خاصة لرعايتهم ويعمل البعض الآخر على رعايتهم بالمنزل، فما هو شعورك الشخصى حالياً بخصوص هذا الأمر». وهكذا...

(د) عدم التركيز على شخص العميل فى مناقشة مشاعره:

وهو تكنيك يمكن العميل من التعبير عن ردود فعله واستجابته الوجدانية تجاه موضوع معين بالتدريج وبشكل غير مباشر. فمثلا بدلا من يسأل الابن عن ردود فعله تجاه قسوة الأب. فإن الأخصائى يسأله عن مشاعر أخوته فى استجاباتهم تجاه هذه القسوة وعن مشاعر أمه تجاه هذا الموضوع. فمثل هذا الأسلوب يزيل حساسية الابن تجاه مناقشة الجوانب الوجدانية

الخاصة بقسوة الأب. وعندئذ يمكن للأخصائى أن يسأل الابن عن مشاعره تجاه هذا الأمر.

(هـ) التحرك من التركيز على المشاعر المقبولة إلى المشاعر السلبية:

وهنا يمكن للأخصائى التحرك تدريجياً من التركيز على المشاعر المقبولة لاستفسار عن المشاعر الأقل قبولا. فمناقشة العميل فيما يحب بخصوص زواجه تجعله مستعداً لمناقشة ما يكرهه بخصوصه.

(و) التعبيرات الإيجابية مقابل التعبيرات السلبية:

يمكن للأخصائى باستخدام التعبيرات والألفاظ الإيجابية المقبولة اجتماعياً كبديل للتعبيرات السلبية مما يفيد فى التحرك نحو مناطق أكثر حساسية.

فالزوجة تكون مستعدة لمناقشة مشاعرها نحو «الانفصال» أكثر من استعدادها لمناقشة مشاعرها نحو «الطلاق» والابن الذى يكون معارضاً لمناقشة مشاعر «كراهية الأب» له يكون أكثر استعداداً لمناقشة مشاعره نحو «سلطة الأب». (٥: ٨٢، ٨٣).

وأخيراً، وبانطلاق هذه المشاعر السلبية لابد وأن تبدأ مرحلة تالية تقوم على متابعتها متابعة علاجية مناسبة، فتركها دون علاج سيجعل منها سياجاً يعوق عملية المساعدة.

وفى الواقع:

- أن فى تعبير العميل عن مشاعره السلبية كراهية كانت أو عدواناً أحياناً تكون هذه المشاعر ذاتها هى مشكلته الأساسية أو هى العامل الرئيسى فى الموقف الإشكالى كله.
- كما أن التنفيس عن المشاعر الحبيسة، يمكن العميل من إدراك واقع مشكلته وحقائقها، حيث تزال السحب الكثيفة من الغضب أو الكراهية،

فالزوج الغاضب من زوجته قد لا يدرك أو لا يريد أن يدرك ما تتمتع به من مواطن القوة فلا يرى فيها من الحسنات شيئاً يذكر. ولكن إفصاحه عن هذه المشاعر تم مناقشتها سيجعله فى وضع أفضل لإدراك حقيقة موقفها ومدى تحامله عليها.

ـ أضف إلى ذلك أن فى إتاحة الفرصة للعميل للتعبير عن مشاعره إنما يساعد الأخصائى على إدراك وتفهم طبيعة المشكلة ومدى إحساس العميل بها. حيث تفسر هذه المشاعر عند انطلاقها أبعاد المشكلة وجذورها العميقة، وخاصة فى مشكلات العلاقات الأسرية والاضطرابات النفسية والسلوكية.

هذا مع ضرورة مراعاة الأخصائى: (١ : ١٢٤ ، ١٢٥)

الحذر من الانسياق فى تشجيعه العميل على التعبير عن مشاعره العدوانية تجاه المؤسسة أو موظفيها خاصة فى المراحل الأولى من عملية المساعدة، حيث قد يترتب على ذلك إحساس العميل بالذنب أو الندم قد يعوق نمو العلاقة بينهما، أو قد ينتابه خوف يؤدى به إلى عدم العودة للمؤسسة ثانية.

ـ الحذر من الإسراف فى تعويد العميل عند كل لقاء على التعبير عن مشاعره إذ أن ذلك قد يحيله إلى نمط اتكالى يعتمد عاطفياً على الأخصائى دون محاولة ذاتية منه لضبط مشاعره أو للسيطرة على هذه المشاعر بنفسه.

(٤) التجاوب الوجدانى المتزن:

ونقصد به هذا التجاوب والتناغم العاطفى والعقلى لمشاعر العميل الذى يعتمد على قدرة الأخصائى على: (١ : ١٢٧)

(أ) الشفافية الحسية أو دقة الحس: Senstivement

أى قدرته على الإحساس بمشاعر العميل الظاهرة منها وغير الظاهرة

المختفية خلف الأساليب الدفاعية المختلفة أو التى تكمن وراء التعليقات الظاهرة من العميل. فالمريض الذى يرد على استفسار الأخصائى عما سيفعله بعد إجراء جراحة خطيرة بقوله «يا عالم» فإنه بذلك يعبر عن خوف دفين ومشاعر تشاؤمية.

(ب) المهارة التفسيرية لمعنى الأحاسيس: Understanding

إذ أن ملاحظة المشاعر ذاتها لا يمكن أن يكون لها معنى إلا إذا فسرت تفسيراً يربطها بموقف العميل والظروف التى تحيط به.

ومن ثم فبدون تفسير الأخصائى لمشاعر العميل من خلال أحداث الموقف الذى يعيش فيه، سيجعل من دقة الحس لديه مهارة سلبية أشبه بمن يلاحظ تجربة عملية دون تفسير وتحليل لنتائجها.

(ج) الاستجابة المناسبة لمشاعر العميل: Response

وهى مهارة تعتمد إلى حد كبير على قدرة الأخصائى على التدبير سواء باللفظ أو بالحركة.. فاستجابة الأخصائى بقوله «أنا باحس معاك بأنها ظروف مؤلمة.. أو أنا مقدر أد إيه الموضوع ده ضايقك» وما إلى ذلك من عبارات تشعر العميل بقدر من الطمأنينة والثقة بأن هناك من يحس معه بكل ما تحمله من آلام لتعكس هذه الثقة والطمأنينة على شخص الأخصائى نفسه كخطوة هامة لتوطيد العلاقة بينهما.

كما أن تدعيم الأخصائى لهذه العبارات السابقة بالإشارات التعبيرية بالرأس أو باليد أو بنظرات العينين لمن العوامل التى تزيد من أثرها بل وتؤكد تعاطف الأخصائى الصادق مع العميل.

٥ ـ التعامل مع دفاعيات العميل والتقليل من مقاومته:

غالباً ما تنتاب العميل ـ كما سبق أن أوضحنا ـ الكثير من المشاعر

السلبية المرتبطة بموقفه الإشكالى من خوف وقلق وغضب أو إحساس بالدونية وقد تكون هذه المشاعر واضحة معبرة، كما قد تكون مقنعة خلف أسالب دفاعية مختلفة، كما قد يفطن إليها الأخصائى ويتركها بوضوح من خلال أساليب المقاومة المختلفة كالصمت أو التهرب من المقابلة أو فى الابتسامة المصطنعة الباهتة التى تخفى وراءها مظاهر قلق داخلى عميق.

ولاشك أن مثل هذه الحيل الدفاعية وأساليب المقاومة التى يلجأ إليها العميل تعطل من سير المقابلة سيراً سليماً إذا ما أغفلها الأخصائى فالعميل يعلم فيما بينه وبين نفسه أن حيله ومقاومته تخرجه عن الواقعية ومن ثم كان لزاماً على الأخصائى التعامل مع هذه الحيل الدفاعية للعميل والتقليل من مقاومته قدر الإمكان ومهارته فى ذلك هو فى تهيئته للمناخ النفسى المناسب وممارسته لمفاهيم العلاقة المهنية فى توقيتها ومكانها الصحيح.

٦ ــ مواجهة العميل بالواقع: (الواقعية)

ونعنى بالواقعية مساعدة العميل على أن ينظر إلى واقع الأمر الذى يحيط به وهذا التكنيك مشتق من التكنيكات العلاجية التى قررتها مدرسة التحليل النفسى. وهو يهدف إلى تعويد الفرد فى ممارسته فى المواقف المختلفة على أن يؤجل إرضاء دوافعه ورغباته وأن يتحمل فى سبيل ذلك قدراً معقولا من الألم. فالإنسان لا يجد السبيل ميسراً إلى الوصول إلى جميع أهدافه.

وتعتبر عملية تعود الإنسان على تحمل قدر من الألم إحدى الضرورات الحتمية لعمليات النمو. كالطفل الذى يبدأ الخطو ثم يقع على الأرض يجد نفسه مضطراً إلى أن يتحمل ألم الوقوع حتى يستطيع أن يجدد محاولاته عدة مرات ليستطيع الخطو بقدم ثابتة. ولولا تحمل الطفل للألم الذى تعرض له فى السقوط بحيث لا يضره لما تجرأ على الإقدام على المشى مرة أخرى.

ولذا فإنه إذا استدعى الأمر مساعدة العميل على مواجهة الموقف

ليمارس التجربة بما فيها من ألم معقول فإن ذلك يساعد على علاج الموقف. وما تحمل قدر معلوم من الألم إلا الصبر الذى أشاد به القرآن الكريم فى العديد من الآيات الكريمة والتى تشيد بالصابرين. فالصبر معناه القدرة على مواجهة الموقف بما فيه من آلام دون يأس. (٣: ٦١، ٦٢)

وفى الواقع أن النظرة الذاتية للعميل للموقف الحالى الذى يواجهه هى التى تبعده عن الواقعية فى بعض الأحيان نتيجة استجابته بطريقة غير سليمة للظروف الخارجية المحيطة به. نظراً لما يعانيه من جهل بالموقف وعدم توفر الوعى الكافى لديه مما يحول بينه وبين رؤية الأخطار المحدقة به والتى قد يتطور إليها الموقف، وقد يكون ذلك لعدم فهمه لجزئيات الموقف وجوانبه المختلفة ونظرته نظرة ذاتية إلى الموضوع من الجانب الذى يستريح إليه. والعميل فى هذا الموقف فى حاجة إلى من يساعده أن يكون منطقياً وفى سبيل ذلك يجب أن يلجأ الأخصائى إلى المنطق لمساعدة العميل على مواجهة الموقف بتوضيحه للخطر المحدق به إذ قد يودى به ذلك إلى الإحساس بالقلق ويدفعه إلى التحرك فى سبيل التغلب عليه وتحاشيه على ضوء من الإدراك السليم، وفى هذه الحالة يجب أن يشعر الأخصائى العميل بأنه يقف إلى جانبه سنداً له حتى لا يؤدى قلقه إلى اضطرابه الزائد. كما قد يكون فى الموقف بعض جوانب الألم التى تدفع العميل إلى عدم التفكير المنطقى حتى لا يواجهها، فهو دائماً يحاول التهرب منها بالحيل الدفاعية (كالإنكار والتبرير ورد الفعل العكسى...) أو تغلب التفكير السلبى على اتجاهاته بما فيه من يأس أو تزمت أو تعصب أو كراهية الموقف.

ولذلك يجب على الأخصائى مساعدته على التخلص من هذه الجوانب السلبية عن طريق التخفيف من حدة هذه التوترات الداخلية التى يعانى منها، وأن يشعره الأخصائى بتقديره لشعوره وبأنه يقف إلى جانبه حتى يطمئن العميل وتنشط لديه إرادة التغيير مما يساعده على مواجهة الموقف مواجهة سليمة. (٣: ٤٢٣)

وقد يكون العميل غير مستعد لمواجهة الموقف لأن التوترات التى يعانى منها والضغوط التى تحيط به تحول دون رؤيته للحقيقة الواضحة وقد لا يفيد المنطق معه ولذلك يجب أن يتجنب الأخصائى الجدل فى المناقشة ويؤجل مناقشة الموضوع إلى ما بعد قيامه بعمليات استثارة أخرى.

ثالثاً ـ الانتقال فى المقابلة

Interview Transition

الانتقال فى المقابلة يعنى التحرك من مناقشة موضوع إلى موضوع آخر أو من مستوى وجدانى إلى مستوى آخر أكثر عمقاً.

للانتقالات فى المقابلة أنواع متعددة:

يمكن التمييز بين أنواع الانتقالات فى المقابلة كما يلى:

(أ) **تقسيم الانتقالات من حيث المستوى:** نميز هنا بين نوعين من هذه الانتقالات وهى:

١ ـ الانتقال الأفقى: ويعنى التحرك من مناقشة موضوع إلى آخر .

٢ ـ الانتقال الرأسى: ويعنى التحرك رأسياً أو عمودياً من المستوى السطحى للموضوع إلى مستوى وجدانى أكثر عمقاً.

(ب) **تقسيم الانتقالات من حيث الدرجة:** نميز هنا بين نوعين من هذه الانتقالات وهى:

١ ـ الانتقال المفاجئ:

وهو انتقال من موضوع لآخر لا يكون بينهما ترابط فى الأفكار، ويتم هذا النوع من الانتقال بدون إعداد أو تمهيد مسبق، وقد يظهر للعميل أن هذا الانتقال ليس فى مكانه المناسب أو غير منطقى مما يسبب له الاضطراب والارتباك، فالعميل يعلم ما يفعله ولكنه يجد نفسه فجأة قد انتقل به

الأخصائى لشيء آخر ليس لديه صورة واضحة عن سبب الانتقال إليه وكيفية ذلك. ولذا فإن هذا النوع من الانتقال المفاجئ والسريع إنما يعكس مدى النقص الواضح فى مهارة الأخصائى فى إدارة دفة المقابلة. وكذلك قد تكون هذه المبادرة الانتقالية المفاجئة من جانب العميل ذاته. وغالباً ما تكون هناك أسباب ودوافع لهذه العملية منها:

- إحساس العميل بالملل من الموضوع المطروح للمناقشة هنا يكون هناك موضوع آخر أكثر أهمية من وجهة نظره.
- محاولة العميل إحباط المقابلة متجنباً بذلك المشاعر المؤلمة التى يواجهها من تناول ومناقشة مثل هذا الموضوع فى المقابلة. فهى بذلك تكون نوعاً من الهروب.
- فشل الأخصائى فى الاستجابة للعميل أو عدم الاهتمام به مما يدفعه لتغيير الموضوع.

وعلى الأخصائى فى هذه الحالة أن يتفهم الأسباب والدوافع وراء هذا الانتقال، ومن ثم يقرر إذا ما كان يساير العميل أم لا.

فإذا كان السبب الذى دفع العميل إلى القيام بالمبادرة الانتقالية غير واضح فإنه من المفيد أن يوجه الأخصائى سؤالا واضحاً عن هذا الانتقال، مع محاولة الأخصائى طمأنة العميل وتزويده بالدعم النفسى.

٢ ـ الانتقال الهادئ:

وهو انتقال من موضوع لآخر من خلال الربط بين الموضوعين بحيث يبدو الأمر سلساً ولا يشعر العميل بوجود فواصل ظاهرة فى استمرارية المقابلة. وهناك ثمة أسباب قد تدعو الأخصائى لهذا الانتقال منها:

- مناقشة الموضوع المطروح فى المقابلة بشكل زائد عن الحد من جانب كل

من الأخصائى والعميل ولذا فإن الاستمرار فى مناقشته يعتبر مضيعاً للوقت والجهد.

ـ عرض العميل لبعض النواحى غير وثيقة الصلة بموضوع المناقشة ومن ثم لا يكون هناك جدوى من مناقشتها. (٥ : ٨٤-٨٦)

وفى هذه الأحوال يجب على الأخصائى أن يمهد لإجراء هذا الانتقال بأسلوب يألفه العميل ويستشعر أهمية الانتقال من خلاله، على أن يبين له الأخصائى العلاقة بين الموضوع المنتقل إليه وبين الهدف من المقابلة وسبيله إلى ذلك ثمة أسس وأساليب فنية هى:

(١) التلخيص والمراجعة:

وقبل التمهيد الفعلى للانتقال يجب على الأخصائى أن يقوم بمراجعة ذهنية للنقاط المعروضة للمناقشة للتأكد من عدم وجود قصور فى بعض جوانبها وذلك حتى يمكن تغطية أية جوانب يمكن أن يظهر فيها هذا القصور.

ثم يقوم بالتلخيص أو الإعادة المختصرة الموجزة للنقاط الأساسية التى نوقشت فى المقابلة وذلك للربط بين الموضوعات بعضها ببعض.(١١ :١٨٨)

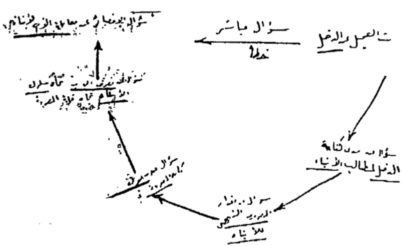
(٢) التعليقات المهنية المناسبة:

وهنا يتبنى الأخصائى تعليقاً قصيراً لإجراء هذا الإنتقال وإن كان من الأفضل أن يستخدم تعليقات العميل أو نفس كلماته فى الربط بين الموضوعات كلما كان ذلك ممكناً، لأن ذلك يوحى للعميل بأنه قد شارك فى بعض المسئولية لاتخاذ القرار وأن ذلك تم بموافقته.

(٣) الأسئلة التحويلية أو الترابطية:

قد يحتاج الأخصائى إلى الانتقال بالعميل من موضوع الحديث الذى

يتحدث فيه إلى نقطة يرى أهميتها لاستكمال دراسة الموقف الإشكالى ولذلك فإنه يلجأ إلى مجموعة من الأسئلة المترابطة بعضها مع بعض ليحول الحديث تدريجياً إلى المنطقة التى يرغب أن يتحدث فيها مع العميل. فإذا فرض أن العميل كان يتحدث عن الدخل وأراد الأخصائى أن يتحدث معه عن علاقته بأبنائه فإنه يستطيع أن يسأله سؤالا عن مدى كفاية الدخل لنفقات الأطفال فهو قد ربط فى هذا السؤال بين الدخل مطلقاً والدخل فى علاقته بطلبات الأبناء وهذه أول مرحلة تحويلية، وعندما يتحدث العميل عن هذه المنطقة يستطيع أن يصوغ سؤالا آخر مقتبساً من حديث العميل ويوجهه عن المصروف الشخصى مثلا الذى يعطيه لأبنائه. وعندما يتحدث العميل فى هذه النقطة يستطيع أن يصيغ سؤالا آخر عن تصرف الأبناء إذا كان المصروف غير كاف مقتبساً فى صياغة السؤال بعض الألفاظ أو المعانى من حديث العميل ثم يصوغ منها سؤالا آخر عن تصرف الأب نفسه تجاه سلوك الأبناء نحو المصروف فإذا تحدث عن هذه الناحية يستطيع أن يصيغ سؤالا عن معاملة الأب للأبناء في المواقف المختلفة فقد يستخدم الأخصائى جملا من نهاية حديث العميل ليصوغ سؤالا تحويليا أو قد يستخدم المعانى التى كان يتحدث فيها العميل لصياغة سؤال يربط بين هذه المعانى ومنطقة أخرى يريد الأخصائى تحويل الحديث إليها كما قد يكرر الأخصائى إحدى الجمل التى قالها العميل ويصوغ عليها استفهاماً يحول الحديث إلى منطقة جديدة. والرسم التوضيحى التالى يساعد على فهم هذه الطريقة. (٣ : ٣٣٥)



(شكل توضيحى بالأسئلة الترابطية أو التحويلية)

ولاشك أن هذه الطريقة التدريجية لا تشعر العميل بأن الأخصائى ينتقل به فجأة إلى موضوع قد لا يكون لديه الاستعداد للحديث عنه وتظهر لديه المقاومة.

(٤) مراعاة قدرة العميل على التحرك:

يجب على الأخصائى مراعاة قدرة العميل على التحرك وعدم السير به قدماً إلى الخطوات التالية قبل التأكد من قدرته على استيعاب التحرك الجديد. أى بعد التأكد من استيعابه لما دار من مناقشة حول الموضوع المطروح فى المقابلة. (١٢ : ٤١٦)

وتأسيساً على ما سبق فإن مقاطعة انطلاق العميل بأسلوب رقيق، يعد أمراً مطلوباً فى بعض الأحيان، كما أن اقتراح الانتقال إلى موضوع أكثر أهمية ليس بإنقاص من قدر العميل أو ممارسة لسلطة استبدادية عليه.

هذا مع ضرورة مراعاة أن يعيد الأخصائى النظر فى الانتقال إذا وجد أن العميل قد عاد بلطف إلى الموضوع السابق. أو إذا وجد مقاومة من العميل لم تكن موجودة قبل عملية الانتقال.

وهنا يجب أن يكون الأخصائى مرناً وأن يتيح عودة العميل إلى المنطقة السابقة.

ـ انعكاس الدور فى الانتقال:

يوجه العملاء بدورهم بعض الأسئلة إلى الأخصائى فى كثير من الحالات نحصرها فيما يلى:

ـ أسئلة خاصة بالمؤسسة وشروطها وبرامجها.
ـ أسئلة متعلقة بنوع المساعدة أو ميعاد تقديمها.
ـ أسئلة عن رأى الأخصائى فى العميل أو فى مشكلته .
ـ أسئلة شخصية متعلقة بذات الأخصائى خارجة عن حدود المشكلة.

والأنواع الثلاثة الأولى من الأسئلة يجب على الأخصائى الإجابة عليها فهى جزء من مسئوليته المهنية لعملية التفاعل الهادف بينه وبين العميل.

أما الأسئلة الشخصية التى يوجهها العميل للأخصائى والتى قد تجعل بعض الأخصائيين لا يشعرون عادة بالراحة تجاه هذا الدور المعكوس فتفضل الإجابة المختصرة الواضحة عنها ودون إطالة أو إعطاء أهمية خاصة لها. كما يجب على الأخصائى أن يميز بين الأهداف الكامنة وراء هذه الأسئلة حتى يكيف إجابته عليها بالطريقة المناسبة وأن يكون دائماً ملتزماً بأسس المهنة التى لا تسمح بأن تلهيه جوانبه الشخصية عن مساعدة العملاء«

وعادة قد يلجأ العميل إلى هذا الوضع المعكوس لثمة أسباب منها: (١٢ : ٤١١، ٤١٢)

ـ قد يسأل العميل الأخصائى سؤالا شخصياً لمجرد أنه يريد أن يكون مهذباً أو رقيقاً بغض النظر عن نمو العلاقة بينهما أو عدم نموها.

ـ قد يسأل بعض العملاء أسئلة شخصية يعنى الرد عليها شيئاً هاماً فى حياة العميل نفسه وإن لم يفصح عنها. كسؤال العميلة العاقر للأخصائية عن عدد أولادها أو سؤال العانس ماذا لو لم تكن متزوجة وما إلى ذلك، فالعميلة هنا تقصد من سؤالها الشخصى رأياً معيناً قد تستفيد به هى لظروفها الخاصة.

كما أن بعض أسئلة العميل عن رأى الأخصائى فى مشكلاته أو عما يدور فى ذهنه حول عملية المساعدة هى فى الواقع لون من اختبار قدرة الأخصائى على مساعدته أو اختبار لمدى تقبله له وهكذا.

نهاية المقابلة

هى هذه المرحلة التى يتحقق عندها قدر من الاستقرار حول اتجاهات إيجابية معينة تنشط عندها حوافز العمل واختيار الطريق الذى مهدت إليه الخطوات السابقة.

وهى بهذا المعنى مرحلة تخطيط واستقرار ومواجهة للواقع. وقد تنتهى المقابلة نهاية طبيعية عند الوصول إلى نقطة لابد من استكمال خطوات بعينها أو تقديم مستندات خاصة وما إلى ذلك.

كما تنتهى المقابلة نهاية غير طبيعية وخاصة مع حالات الاضطراب النفسى الشديد أو التى قد يتسم سلوك العميل فيها بالعداء الشديد الذى يخشى منه رد الفعل السيء على العميل ذاته الناجم عن إظهار مشاعره العدوانية ليعانى إحساس بالذنب قد يدفعه إلى الاستغناء عن خدمات المؤسسة والانسحاب النهائى منها.

وفى أى من الحالات فالأخصائى يوضح للعميل أسباب إنهاء المقابلة بما يتفق مع ظروف كل منها. (١ : ١٨٨)

وبصفة عامة فهناك ثمة أساليب فنية يجب على الأخصائى الالتزام بها خلال هذه المرحلة وهى:

١ ـ التلخيص أو الإعادة المختصرة للنقاط الأساسية:

وفيه يراجع الأخصائى باختصار ما تم مناقشته مع العميل. ويميل الملخص إلى جمع أجزاء المقابلة ويوضح الأجزاء التى تم تغطيتها وبذلك يمكن معرفة الأجزاء التى لم يتم مناقشتها بعد.

ويبين الملخص للعميل أن الأخصائي يقظ لكل ما يقال ومنتبه لحديثه ومهتم به. (١١ : ١٥٢)

(٢) إشراك العميل في التخطيط للعمليات التالية:

لكي يطمئن العميل بوضوح كاف على حسن استجابة الأخصائي لمشكلته بصورة عملية فعالة، فإنه يجب على الأخصائي إشراك العميل في التخطيط للخطوات التالية سواء في تحديد المصادر الواجب الرجوع إليها، أو تحديد ميعاد اللقاء التالي، أو المهام التي سينجزها الأخصائي وما إلى ذلك.

فهذه كلها فضلا عن قيمتها العلاجية ذاتها فهي علامات تكسب الطمأنينة في أن مشكلته وجدت آذاناً صاغية من الأخصائي ليتحفز بدوره لإنجاز المسئوليات التي كلف بها والتشوق للعودة مرة أخرى في الميعاد المحدد دون تأخر.

أما عدم إظهار هذه الخطة للعميل أو محاولة الأخصائي الانفراد بإنجازها فإلى جانب أن ذلك يجعل من العميل طرفاً سلبياً فإن العميل قد يشعر بأن مشكلته لم تلق الاستجابة المناسبة ولم تنل اهتمام الأخصائي رغم نواياه الحقيقية الطيبة لمساعدته. بل قد يؤدي ذلك إلى تخلفه عن المقابلة التالية بل وانسحابه من المؤسسة. (١ : ١٩٩)

(٣) تسجيل المقابلة:

وأخيراً، يجب على الأخصائي التسجيل الدقيق لكل ما تم في المقابلة بعد انتهائها مباشرة في الوقت الذي تكون فيه المعلومات حية في ذاكرته، لم تتدخل فيها عوامل أخرى أو تختلط بمعلومات مشابهة أو معاصرة من حالات أخرى، أو تتعرض لظاهرة النسيان أو ضعف التأثير.

وهو يقوم بالتسجيل حسب شروط المؤسسة سواء كان تسجيلا قصصياً أم تسجيلا موضوعياً أم تسجيلا تلخيصياً.

وتأسيساً على ما سبق، يتبين لنا ثمة ملاحظة هامة هى، قيام الأخصائى بالتسجيل بعد الانتهاء من المقابلة مباشرة وليس أمام العميل أثناء المقابلة.

إذ أن تسجيل ما يقال أمام القائل هو اتجاه مرفوض يجب أن يتجنبه الأشخاص تماماً وذلك نظراً لعدة اعتبارات هى: (٤ : ٨٣)

- هناك ميل سيكولوجى عام عند جميع الأفراد من أنهم لا يستمرون فى أحاديثهم مع الغير إذا كان هذا الغير يأخذ فى تدوين ما يتحدثون عنه. لأن الكتابة فيها نوع من التهديد من أن كل ما ينطق به الفرد سوف يسجل عليه ويحاسب ويؤاخذ عليه.
- ملاحظة العميل أن الأخصائى يسجل عليه حديثه يؤدى إلى عدم انطلاق العميل فى الحديث أثناء المقابلة مما يعوق تفهم الأخصائى لمشكلة العميل لغياب كثير من المعلومات الهامة التى قد حبسها العميل فى نفسه والتى تساعده على هذا التفهم.
- ومن جهة أخرى فإن منظر الأخصائى بأوراقه وقلمه هو منظر غير مقبول لارتباطه بالعمليات المشابهة التى تتم فى دور النيابة وأقسام الشرطة. كما أنه يدل على اهتمام الأخصائى بالبيانات والمعلومات التى يسجلها ولا يهتم بالعميل كإنسان يجلس معه للتفاهم المتبادل ويبدى من انفعالاته ما يدخل فى نفس هذا العميل الشعور باهتمام الأخصائى به.
- وبالإضافة إلى ذلك فإن العميل سوف يطبع فى نفسه أن المقابلة أصبحت شيئاً آلياً روتينياً تخلو من عمليات التفاعل بين شخصيتين متحدثتان فى مسائل هامة تمس مشاعر لشخصية تعانى من الصعاب مما يحتاج إلى التفهم والتقدير وليس إلى الكتابة والتسجيل.

المقابلات المنزلية

«الزيارة المنزلية»

الزيارة المنزلية هى نوع من المقابلات المهنية مع العميل أو مع أسرته تتم فى بيئاتهم الطبيعية لتحقيق أهداف مهنية محددة.

وهذه الأهداف التى تسعى الزيارة المنزلية إلى تحقيقها تختلف تبعاً لعوامل ثلاث هى: شخصية العميل، ونوع المشكلة، ووظيفة المؤسسة.

ولا تكون الزيارة واجبة إلا إذا كانت تسعى لتحقيق أهداف حيوية ضرورية ومن هذه الأهداف ما يلى: (٢ : ٢٦٨)

١ ـ قياس مستوى المعيشة للعملاء (كما فى حالات طلب الإعانة المالية).

٢ ـ الكشف عن البيئة الطبيعية والاجتماعية للعميل وأثرها فى المشكلات التى يعانى منها ومن أمثلة ذلك:

(أ) تقويم العوامل الصحية التى تتوفر فى مسكن العميل والتى يمكن أن يكون لها ارتباط وثيق بمرضه مثل ظلام وازدحام ورطوبة المسكن فى حالات الدرن والروماتيزم.

(ب) قياس كفاية الظروف البيئية المنزلية لإعادة الأحداث المنحرفين إلى الأسرة.

٣ ـ الاطلاع على نوع العلاقات الأسرية كما فى حالات اضطراب العلاقات الزوجية وحالات الأطفال المضطربين وجدانياً.

٤ ـ دراسة طلبات الحضانة والتبنى لقياس صلاحية الأسرة لتبنى أو حضانة الطفل أو الوقوف على نوع المعاملة التى ينالها الصغار فى بيوت الحضانة لقياس مدى حاجة الطفل إلى مزيد من التكيف فى نفس الأسرة البديلة أو فى بيئة غيرها.

٥ ـ وقد تكون الزيارة لتتبع نتيجة الخطة العلاجية ومدى قدرة العميل على

تنفيذها، لضمان اتاحة الفرصة للعودة إلى العلاج فى الوقت المناسب. كما فى بعض حالات التأهيل المهنى أو المرضى، كما تكون المتابعة للتأكد من استمرار حاجة العميل إلى المعونة حتى يمكن إيقاف المساعدات المالية مثلا عند تخرج الأبناء واتجاههم للعمل واعتماد الأسرةعليهم ماليًا وهكذا.

وعلى الرغم من أن الزيارة المنزلية أسلوب مهنى ارتبط بخدمة الفرد عند نشأتها إلا أنه مع التطور المعاصر لخدمة الفرد تضاربت الآراء حول أهميتها وقيمتها المهنية لتظهر وجهات نظر مختلفة أهمها:

أولا ــ آراء تؤيد الزيارة المنزلية بدون حدود:

على أساس التلازم الحتمى بين مشكلة الفرد وحياته الأسرية، والزيارة المنزلية وحدها هى التى تكشف عن طبيعة الجوانب الأسرية فى واقعها وعلى طبيعتها.

ثانيًا ــ آراء تعارض الزيارة المنزلية:

وذلك نظرًا لعدة أسباب هى:

(أ) أن العميل يجب أن يكون وحده مصدرًا للمعلومات ووصفه هدفًا لعملية العلاج. أما ظروفه الأسرية وضغوطه الأخرى، فـ «ذاته» أو «إرادته» قادرة على أن تتكفل بها إذا ما منحت القدرة المناسبة خلال عملية المساعدة. (١ : ٢٠٣)

(ب) أن للزيارة المنزلية جوانب سلبية منها:

١ ــ تشكل الزيارة المنزلية أعباء نفسية إضافية على العميل أيًا كان مستواه المعيشى والثقافى، فمنزل العميل هو صومعته التى يمارس فيها كل حياته الخاصة، وأى انتهاك لحرمتها لابد وأن تثير فيه أحاسيس مختلفة كالخجل أو الغضب أو الضيق وما إلى ذلك.

٢ ـ الزيارة المنزلية هى تهديد دائم لفردية العميل وحقه فى صيانة أسراره فمنذ دخول الأخصائى إلى المنزل وخلال وجوده فيه بل وعند انصرافه منه لابد وأن تنكشف خبايا حياة العميل وتتعرض الكثير من دقائق حياته الخاصة للافتضاح، وقد يكون من هذه الحقائق ما لا يرغب العميل فى كشفه طواعية للآخرين بل قد لا يكون لها أية قيمة فى عملية المساعدة. كما يؤخذ فى الاعتبار كذلك طبيعة الأحياء المتزاحمة والمساكن المشتركة التى يعيش فيها غالبية العملاء فى مجتمعنا والتى لا تساعد على صيانة الأسرار لساكنيها.

٣ ـ باستثناء بعض الحالات الخاصة فالزيارة المنزلية يعتبرها العميل تشكيك فى صحة ما ذكره للأخصائى عند مقابلته بالمؤسسة وخاصة فى حالات الإعانة الاقتصادية والمشاكل الأسرية. من ثم فهى زيارة ترصد وتجسس عليهم يحتملونها على مضض إذا ما رغبوا فى خدمات المؤسسة.

٤ ـ قد تثير الزيارة المنزلية لدى كثير من الأخصائيين حساسية خاصة قد تصل إلى حد التهيب. والرهبة بل والخوف أحياناً مما يعوق قيادتهم السليمة للمقابلة.

٥ ـ الزيارة المنزلية باهظة التكاليف سواء فى الجهد أو الوقت لدرجة أن يوم عمل بأكمله قد يضيع فى زيارة منزلية واحدة.

ثالثاً ـ آراء تقف من الزيارة المنزلية موقف الاعتدال:

وإزاء ما تقدم تقف بعض الآراء من الزيارة المنزلية موقف الاعتدال لتقرر أسسها وخصائصها كما يلى:

(أ) الزيارة المنزلية بصفة عامة ليست لازمة حتماً لعملية المساعدة فى خدمة الفرد، فالمقابلة فى المؤسسة يمكن لها فى أغلب الأحيان أن

تغنى عن الزيارة المنزلية إذا ما توفرت الكفاية المهنية الواجبة للأخصائى الاجتماعى. (١: ٢٠٥)

(ب) رغم ذلك فهناك حالات بعينها يتحتم زيارة منزل العميل فيها، وهذه الحالات تحددها عوامل ثلاث تكمن فيها أهمية الزيارة المنزلية لها وهى: (٢: ٢٦٦)

(١) شخصية العميل:

وتكمن فيها الأسباب التى تحدد قدرته على الحركة وقد لا يستطيع السعى إلى الأخصائى فى مقر عمله فلا مناص إذن من توجه الأخصائى لزيارته كما فى حالات المريض والمشلول والطفل الصغير والطاعن فى السن.

(٢) طبيعة المشكلة:

ومن نماذجها المشكلات الاقتصادية (حالات الإعانة المالية)، ومشكلات انحراف الأحداث فى فترة الدراسة والمراقبة الاجتماعية، وحالات الناقهين من مرضى العقل أو الجسم الذين تقرر عودتهم إلى بيئاتهم الطبيعية، وحالات الأطفال المودعين فى الأسر البديلة، والمشكلات الأسرية حيث تعتبر الزيارة المنزلية من أنسب الفرص فى مثل هذه الحالات لإتمام المقابلات المشتركة بين أفراد الأسرة.

(٣) وظيفة المؤسسة:

وتتحكم وظيفة المؤسسة فى نظام وطريقة أداء الأخصائى لدوره فيها ففى مؤسسات الأسر البديلة ومكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية والوحدات الضمانية، وجمعيات رعاية المسجونين وأسرهم، وأقسام الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم، ومكاتب المراقبة الاجتماعية والرعاية اللاحقة للأحداث فإن نظام العمل فى محيط هذه المؤسسات يحتم الزيارة المنزلية لأداء مسئولياتها نحو العملاء عل أفضل وجه ممكن.

هذا وتشتق الزيارة المنزلية أهميتها فى مثل هذه الحالات من أنها توضح ما لا توضحه المقابلات المؤسسية من أمور تتعلق بحياة العميل، كما أنها تضفى على الموقف الإشكالى من المعانى ما تعجزه وسائل الدراسة الأخرى عن إبرازه.

(ج) للزيارة المنزلية قواعد تنظيمية وإجرائية عامة:

يجب على الأخصائى مراعاتها والتقيد بها حين الإعداد لزيارة منزل العميل لبذل أقل جهد ممكن وتحقيق أقصى قدر من القيم والفائدة المهنية وهذه القواعد التنظيمية للزيارة المنزلية هى:

أولا ـ التأكد من أهميتها لتحقيق أهداف محددة، تعادل الجهد والوقت الضائعين فيها مع الاهتمام بإقناع العميل بما تحققه من غايات لها أهميتها لمواجهة الموقف الذى يعانى منه، والأمل هو أن الاقتناع العقلى للعميل بأهمية الزيارة سيخفف نسبياً من مقاومته الوجدانية لها، تلك المقاومة التى نسلم بأنه لا مفر منها فى أغلب الأحيان.

ثانياً: الاتفاق المناسب على ميعادها، بما يتلاءم مع ظروف كل من الأخصائى والعميل على حد سواء.

هذا وإن كانت هناك بعض الظروف والحالات التى تستوجب معها قيام الأخصائى **بالزيارة المنزلية المفاجئة** أو العارضة دون اتفاق سابق تجنباً لأخطار محققة على العميل أو على أسرته أو على المجتمع ككل. ومن هذه الحالات ما يلى:

١ ـ عند عدم إمكان التعرف على مقر العميل، إما تضليلا متعمداً من العميل كحالات الأحداث المنحرفين أو خريجى السجون، أو جهلا بها كحالات ضعاف العقول وفى مثل هذه الحالات يضطر الأخصائى إلى القيام بسلسلة من التحريات الواسعة حتى تسوقه المقادير إلى المنزل بوحى الصدفة أو بمعونة السلطات الإدارية أو أهل الحى أنفسهم.

٢ ـ فى الحالات التى يتحايل فيها العملاء للحصول على مساعدات المؤسسة رغم عدم أحقيتهم لها وذلك باعطاء بيانات مشكوك فى صحتها يدعى فيها الفقر أو الحاجة أو سوء حال المسكن الخالى من الأثاث وما إلى ذلك أو عند التشكك من سوء معاملة الأم البديلة أو الحاضنة للطفل وما أشبه.

٣ ـ فى الظروف الطارئة التى تتطلب اتصالا عاجلا بالمنزل دون انتظار للإجراءات العادية، كحالات هروب الأحداث الخطرين أو عند إجراء جراحة طارئة أو لاستيفاء بيانات عاجلة عن الحدث لتقديمها إلى المحكمة وما أشبه. (١٢ : ٤٣، ٤٤٠)

ثالثاً: مراعاة الأسس والمفاهيم المهنية، مع اهتمام زائد بمفاهيم التقبل والسرية.. وهذا يتطلب من الأخصائى:

١ ـ **تقبل كل ما يتعلق بالظروف** التى يطلع عليها فى الزيارة، كتقبل الحى بما يتصف به من صفات غير مرغوبة وتقبل السكن مهما كان ضيقاً رطباً قذراً مليئاً بالحشرات ولا يصح ابداء الإشفاق أو الألم للظروف السيئة وإلا كان من نتائج الزيارة إيجاد مشاعر سلبية للعميل كالشعور والذلة والنقص مما يجعل من الزيارة تجربة مريرة فى ذاكرة العميل.

٢ ـ **عدم طرق الموضوعات** الخاصة بالمشكلة **فى حالة تواجد بعض الزوار** أثناء الزيارة، إلى أن ينصرفوا تلقائياً وتتهيأ الظروف لإتمام الزيارة فى جو طبيعى، وإن تعذر ذلك استأذن من العميل وانصرف على أن يتقابلا فى المؤسسة أو يحددا موعداً آخر للزيارة يكون أكثر ملاءمة وبما يكفل معه الهدوء والسرية.

٣ ـ ضرورة **التأكد من العنوان** الصحيح للمنزل لتجنب الوقت الضائع ولتلافى سؤال المارة أو أهل الحى عن مكان المنزل تجنباً لنشر حقيقة صلته بالمؤسسة وحفاظاً على مشاعر العميل وهكذا.

رابعاً ـ مراعاة السياق الاجتماعي عموماً، أي مراعاة العادات والتقاليد والقيم السائدة في المجتمع... وهذا يتطلب من الأخصائي:

١ ـ **إحاطة جو الزيارة بالأمان النفسي والاجتماعي**، فلابد من أن يترك خطة سيره بالمؤسسة، وأن تكون لديه فكرة واضحة عن تكوين الأسرة التي ستزار إذ لا يقبل بداهة أن تزور أخصائية اجتماعية شاباً أعزب مسكنه، كذلك لا يصح أن يقوم أخصائي بزيارة سيدة بمفردها، وذلك تجنباً لأية نتائج لم تكن في الحسبان.

٢ ـ **أن يكون مظهره مناسباً لبيئة العميل** وقيمه وعاداته، ونقصد بهذا قدراً من الاعتدال سواء في الزى أو الزينة التي تناسب المجتمعات الريفية والبيئات الشعبية التي غالباً ما يعيش فيها العملاء. (٢ : ٢٧١ ، ٢٧٢)

٢ ـ **الاستجابة لآداب الضيافة**: حتى لا يجرح إحساس العميل وكرامته إذ أن ما يقدمه له العميل من مشروبات ومما يعتبر في مجتمعنا تقليداً للضيافة يصبح من الناحية الرمزية جزءاً من ذات العميل. أما إذا كان هناك شك من وقوع الضرر الصحي على الأخصائي من تناول هذه المشروبات.. .التي يقدمها إليه العميل فإن عليه أن يعتذر عن عدم تناولها بأعذار مهذبة بأدب ولباقة وبطريقة لا تؤذى مشاعر العملاء (٣ : ٣٧٦) .

وبصفة عامة، فالزيارة المنزلية لا تخرج في النهاية عن كونها إما مقابلة فردية أو مقابلة مشتركة تراعى فيها كافة أساليب المقابلة وقواعدها التي سبق أن أوضحناها.

المكاتبات والاتصالات التليفونية

وهي وسائل أخرى للحصول على حقائق المشكلة من مصادرها: (١٢ : ٤٤٢)

(١) فالمكاتبات والمراسلات:

تستعمل في الحالات التي تكون الجهة المطلوب بيانات منها بعيدة عن المؤسسة أو في بلد آخر. ويجب أن يراعى في مثل هذه المكاتبات أن تتسم بالسرية الواجبة لضمان عدم إفشاء أسرار العملاء بين الجهات المختلفة.

وتلجأ بعض المؤسسات إلى طمس معالم هذه المكاتبات الرئيسية باستعمال رموز مهنية عن أسماء العملاء أو نوع المرض وما إلى ذلك.

(٢) أما المكالمات التليفونية:

فهي وسيلة تستعمل في الحالات المستعجلة والتي تتطلب إجراءات سريعة.

الفصل الرابع
العملية التشخيصية
«التقدير التشخيصى»

مفهوم التشخيص وخصائصه:

استمدت كلمة تشخيص Diagnosis من أصل إغريقى يعنى «الفهم الكامل» Thorough Understanding والتشخيص اصطلاح مأخوذ فى الأصل من الطب ويقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظات فى صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض معين محدد.

فالتشخيص فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية فى زملة مرضية Syndrome. والتشخيص كما يعنى الآن فى الطب النفسى وفى خدمة الفرد، يتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشتمل على: الملاحظة، الوصف، تحديد الأسباب (الأثيولوجيا)، التصنيف والتحليل الدينامى بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة العميل أو المريض، وبقصد التنبؤ ورسم ومباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها. (١٣ : ٤٧) وبتعبير آخر، فإن التشخيص هو تقويم خصائص شخصية العميل (قدراته، إنجازاته، سماته، ... إلخ) التى تساعد فى فهم موقفه الإشكالى، أى أن التشخيص يتطلب بعد جمع المعلومات المتاحة، تحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للمستقبل.

ولاشك أن التشخيص عملية مستمرة يمر بها الأفراد عامة ـ فأى شخص يستمع إلى موقف أو حديث فإن له تفكيره الذاتى الذى يصل به إلى الحكم على القصة أو الحديث من وجهة نظره، ويسمى هذا تفكيراً ذاتياً لأنه يكون مشوباً بالعوامل الذاتية التى تؤثر على الأفراد فى تفكيرهم كخبراتهم السابقة وميولهم واتجاهاتهم والمواقف المتشابهة التى مروا بها فهى عملية

قياسية ولكنها تتسم بتدخل العوامل الوجدانية الخاصة بهم، وهذا يخرج عملية القياس من الناحية الموضوعية والتى تختلف عن تلك العملية التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى والتى تتسم بالموضوعية والبعيدة عن الجوانب الذاتية نسبياً.

فالأخصائى يعتمد فى تشخيصه للموقف على الدراسة التى قام بها والتى أبرزت صورة التفاعل بين العميل والعوامل المتداخلة فى تركيب المشكلة دون التدخل الذاتى فى الموقف. (٣ : ٣٧٩)

وبذلك نرى أن التشخيص فى خدمة الفرد هو خطوة بينية تتوسط عملية الدراسة والعلاج، تنفرد بها المدرسة التحليلية أو التشخيصية دون المدارس الأخرى، وهو فى أبسط صوره كما يراه «عبد الفتاح عثمان» «عملية عقلية لتفسير طبيعة المشكلة وأسبابها حتى يمكن وضع الخطة المناسبة للعلاج»(١٤ : ٢٥٦)

فالحقائق الدراسية التى تم الوصول إليها ليست سوى وحدات متناثرة لجوانب مختلفة فى الموقف الإشكالى سواء كانت سمات شخصية أو مواقف خارجية أو أحداث معينة. ولكنها على هذا النحو حقائق مجردة ليست لها قيمة مباشرة لعلاج المشكلة إلا إذا قام بينها ارتباط عقلى يوضح الأثر المتبادل لكل منها فتنكشف مواطن العلة الواجب علاجها.

وحول هذه العملية التشخيصية تشير «هيلين برلمان» H. Perlman إلى أن التشخيص «عملية عقلية يجب أن تنتهى بتخطيط عملى للعلاج». وترى «فلورنس هوليس» F. Hollis أن التشخيص هو «تحديد طبيعة المشكلة والعوامل المسببة لها واتجاهات شخصية العميل نحوها بهدف وضع خطة العلاج» (١١ : ٢٣٣)

ويشير «أحمد السنهورى» إلى أن التشخيص «عملية تفسيرية توضح

تفاعل العوامل التى تداخلت فى الموقف وتفاعلت مع شخصية العميل حتى وصل الأمر إلى الموقف الحالى»(٣ : ٣٧)

ومن خلال هذه التعاريف نرى أن للعملية التشخيصية فى خدمة الفرد ثمة خصائص رئيسية هى:

أولا ـ التشخيص عملية عقلية:

فالتشخيص عملية تقوم على إيجاد الترابط واستنتاج ديناميكية التفاعل للعوامل الذاتية والبيئية التى تداخلت فى الموقف الإشكالى، أى أنه نوع من التفكير العلمى يهدف إلى افتراض الفروض المؤدية للموقف فى ضوء عملية الدراسة المستمرة ومحاولة إيجاد ارتباط لهذه الفروض يساير المسببات مسايرة منطقية أى أنه نوع من التفكير الاستدلالى الذى لا يعتمد على الإلهام وإنما يقتضى تعبئة جميع الخبرات والقوى العقلية لإيجاد وسط يربط بين الوقائع المعلومة والاحتمالات المستقبلة. فهو يخضع لقوانين التفكير المنطقى غير متحيز للإحساسات الوجدانية وهذا يستدعى البدء بالحقائق الجزئية التى يدعم بعضها بعضاً حتى نصل إلى النتائج العامة المعتمدة على الوقائع المتكاملة.

ومن ثم فالتشخيص نوع من الاستقراء يعتمد على عمليات قياسية لكافة أجزاء الموقف، فهو يحتاج إلى مداومة استقراء الجزئيات وقياسها حتى إذا لم تستكمل الفروض التى يضعها الأخصائى الاجتماعى فى أثناء عملية الدراسة من الشواهد التى وصل إليها يعود للبحث عن ضروب أخرى، من الحقائق إما أن تؤيد الفروض أو تنفيها. ومن ثم يصل فى نهاية الأمر إلى تكوين الفرض النهائى واختبار تماسكه من الوجهة المنطقية وتحليله حتى يصل إلى الحكم النهائى للموقف الإشكالى. (٣: ٣٧٩)

ولكى نوضح ذلك نفترض أننا نريد تشخيص مشكلة حدث سارق يتسم

سلوكه بالاندفاع، وعدم الاستقرار الانفعالى، ذكى ويتمتع بصحة جيدة ويعيش مع أبيه وزوجة أبيه وأولادها منذ وفاة أمه، يشكو من قسوة أبيه وسوء معاملة زوجته له... تكرر هروبه من المنزل ومن المدرسة.. إلخ من حقائق فإننا سنمارس بالضرورة العمليات التالية وبخطواتها: (١٤ : ٢٦٨)

- ستجذب «السرقة» انتباهنا منذ الوهلة الأولى لتستدعى تلقائياً السرقة «الخاصة» ولهذا الحدث الخاص لإيجاد علاقات نسبية بين حقائقها.
- سيجذب انتباهنا من سمات الحدث. عدم استقراره الانفعالى، واندفاعيته وهروبه المتكرر، ومن ظروفه البيئية قسوة الأب ووفاة الأم وسوء معاملة زوجة الأب وهى كلها من العوامل السالبة وإن لم تجذبنا بنفس الدرجة ذكاء الحدث وصحته الجيدة (كعوامل موجبة).
- سنجرى دراسة أفقية وأخرى رأسية للموقف، أى دراسة تفاعل الجوانب القائمة فى الوقت الحاضر وارتبطت بالمشكلة (كدراسة أفقية)، ودراسة تفاعل حقائق فى الماضى وانتهت إلى الوضع الحالى كالتاريخ التطورى (كدراسة رأسية)، أو التاريخ الاجتماعى للحالة.
- فإذا تبين لنا أن دور شخصية العميل فى المشكلة مرتبط باضطراب أصيل فى النمط النفسى للحدث دل عليه تكرار اضطرابه فى الماضى (الهرب المتكرر) فقد يدفعنا إلى عمليات عقلية أخرى لتحديد نوعية هذا الاضطراب فهل اضطرابه النفسى هو استجابة تكيفية كجذب الانتباه أو وقائية لتجنب الألم أم مرضية (لا شعورية) أو امتدت لرواسب طفلية (كالعناد والغيرة والأنانية).
- فإذا استقرينا على احتمال تفاعل عوامل مختلفة فى الماضى كوفاة الأم فى المرحلة الأوديبية ثم زواج الأب بامرأة أخرى لتفسير اضطراب الحدث الانفعالى وأن سلوكه الجانح كان هروبياً كاستجابة وقائية، ثم افترضنا أن

هذه السمة المضطربة تفاعلت مع ظروف قائمة حالياً فى البيئة كقسوة الأب ثم معاملة زوجته لتفسير حادث «السرقة» فتمشياً مع منطقنا العملى، يجب التركيز على العوامل التى يمكن لنا التأثير فيها أو معالجتها، وهى هنا قسوة الأب ومعاملة زوجة الأب كعوامل يمكننا إخضاعها للعلاج حيث لاحيلة لنا فى «وفاة الأم» أو «زواج الوالد بأخرى» كوقائع غير قابلة للتغيير رغم أنها ساعدت على اضطراب سلوك الحدث.

ونخرج من هذا بالحقيقة التالية وهى:

«إن التشخيص يعتمد على قدرة العقل البشرى للوصول إلى الحقائق الموضوعية «بشرط ممارسته لعملياته – من تفكير وتذكر وترابط وحكم – بأسلوب منطقى سليم».

ثانياً – التشخيص فى أحسن صورة افتراض علمى لأقرب الاحتمالات:

يعتبر التشخيص فرضاً علمياً يحتمل الصواب كما يحتمل الخطأ فرغم أننا – فى حدود الحقائق التى أمامنا – نرجع صدقه إلى أننا لا نملك الأدلة الكافية للدفاع عن هذا الصدق ويرجع ذلك إلى العوامل التالية: (١٤ : ٢٧٠).

- إغفال العميل متعمداً خبايا حساسة من حياته الخاصة يحرص كل الحرص على كتمانها عن الآخرين مهما كانت الظروف، فهى جزء منه ستعيش معه لتدفن معه عند الموت. كما أنه كإنسان قد ينسى جوانب هامة فى الموقف والنسيان ظاهرة لا حيلة لنا فيها. من ثم فستغيب عنا بالضرورة حقائق تؤثر بالضرورة على يقينية التشخيص.
- اعتماد التشخيص على الملكات العقلية للأخصائى الاجتماعى تضفى عليه «ذاتية» لا يمكن تجنبها إلى حد ما. فأحكامه الخاصة النابعة من خبرته وتكوينه المميز ستؤثر بالضرورة على موضوعية التشخيص.
- قوانين الاحتمالات أو قوانين الصدفة التى تأخذ بها كافة العلوم اليوم.

ثالثاً ـ التشخيص عملية مشتركة بين الأخصائى والعميل:

رغم أن التشخيص النهائى هو مسئولية الأخصائى المهنية الذى يمثل رأيه المهنى فى الموقف فإن العملية التشخيصية ذاتها يجب أن تكون مستمرة لا ينفرد بها الأخصائى وحده. ولذا يجب عليه الاهتمام بتشخيص العميل لموقفه. ويختلف العملاء فى درجة تفهمهم لأسباب المشكلة فبعض العملاء يكون لديهم الوعى الكافى وهؤلاء يسهل معهم التفاهم فى عملية الربط بين أسباب المشكلة والموقف الذى يعانون منه ويستطيعوا على ضوء هذه المعرفة أن يشتركوا فى وضع الخطة العلاجية.

وبعض العملاء يحتاجون إلى تنبيه للوعى بأسباب الموقف وأثرهم فيه وأثر الموقف عليهم فإذا أغفل الأخصائى مساعدتهم على فهم الترابط بين الأسباب والأعراض عجزوا عن المساهمة الإيجابية فى وضع الخطة العلاجية.

ولا تعنى باشراك العميل هو تفهم التفاعلات الديناميكية ولكن يقتصر الأمر على الفهم العام للرابطة بين العرض ومسبباته ولذا يحتاج الأخصائى إلى توضيح الموقف للعميل وتبصيره بالدوافع الذاتية الخاصة به المتداخلة فى الموقف، كما أن إشراك العميل فى تفهم هذا الترابط سيثير مناقشة تساعده على التعبير من بعض الجوانب التى يراها من وجهة نظره هامة فى الموقف.

رابعاً ـ فردية التشخيص:

يتبين من شرحنا لمفهوم التشخيص أنه عملية فردية بمعنى أنها تنصب على فرد بالذات فى تفاعله مع موقفه وظروفه وأن ما يصلح تشخيصاً لحالة لا يصلح لحالة أخرى مهما تشابهت المواقف إذ أنه قد يتشابه العامل بالنسبة لعميلين فى المظهر ولكن أثر العامل على شخص يختلف عن أثره على الشخص الثانى نتيجة اختلاف عوامل التنشئة بين الشخصين والأنماط السلوكية الخاصة بهما والقدرات العقلية والنفسية (٣: ٣٩٢) فمثلا قسوة

الأم لا تؤثر فى أطفالها تأثيراً واحداً فقد تدعو أحدهم إلى محاكاتها فى قسوتها، وقد تدعو الآخر إلى النفور من القسوة كأسلوب فى التعامل أو العقاب، وقد تدعو طفلا ثالثاً إلى الكبت والخوف الشديد بينما تجعل الطفل الرابع سلبياً جباناً.

وعكس الحقيقة السابقة صحيح فالموقف المتماثل أو المشكلات المتماثلة قد تنشأ من أسباب مختلفة، فالضائقة الاقتصادية مثلا، قد تنشأ عن التعطل بسبب المرض، أو قد تكون بسبب سوء التصرف والتبذير، كما قد تنتج عن استمرار البطالة، وما إلى ذلك من الأسباب المنوعة التى تنتج موقفاً متماثلا فى الظاهر.

هذا بالإضافة إلى أن العوامل المتعددة المتداخلة فى الموقف الإشكالى تتفاعل مع بعضها بالنسبة للفرد الواحد بصورة تختلف قطعاً عن تفاعلها بالنسبة لفرد آخر حتى ولو كان توأماً لهذا الفرد.

خامساً ـ التشخيص ليس نهائياً بل دائماً قابل للتعديل والتغيير:

إذ قد تظهر فجأة معلومات مغايرة تماماً لما لدينا من معلومات متعلقة بالموقف الإشكالى.

ومعنى هذا أن التشخيص قد ينحرف أو يتغير مع هذه التغييرات والإضافات ، كما قد تستجد بعض الحقائق الهامة وبسببها يتغير ما كوناه من فكرة عن أسباب الإشكال. وعلى هذا الأساس نقول: التشخيص ليس نهائياً فى أية مرحلة من المراحل، بل هو قابل للتغيير والتعديل بما تحدثه الدراسة والتحليل من تناقض وإضافات واكتشافات جديدة، أو تغيرات فى بعض المعلومات، وقد يتغير التشخيص أيضاً تبعاً لميل بعض الخبراء كالطبيب النفسى والأخصائى النفسى والطبيب البشرى وغيرهم إلى نوع آخر من التشخيص مستنداً إلى أسباب فنية (٢ : ٣٣٣)

وليس معنى ذلك أن التغيير فى نوع التشخيص هو الغالب فى الحالات إذ أن ذلك يحدث فى حالات نادرة بينما ثبوت التشخيص هو الغالب وزيادة الدراسة تعمل على زيادة الخبرة ودقة الفهم وعمق التشخيص وثبوته، بل كثيراً ما تكون أول فكرة تتكون فى ذهن الأخصائى الخبير عن الموقف الإشكالى هى التشخيص السليم للموقف.

الصياغات التشخيصية

إن العملية التشخيصية لا تحقق أهدافها إلا من خلال صياغتها صياغة مناسبة توضح الأبعاد المختلفة لمشكلة العميل وكذلك الاتجاهات والخطوات العلاجية العامة اللازمة للتعامل مع مشكلته.

وفى الحقيقة ليس للتشخيص صياغة موحدة تعمم فى كافة المؤسسات وإنما لكل مؤسسة حرية اختيار الصياغة والأسلوب الذى يناسبها. فلما كان هدف التشخيص الأساسى هو رسم طريق العلاج فلابد وأن يحتوى التشخيص على الجوانب التى تتفق والخدمات الفعلية لكل مؤسسة على حدة.

هذا وتتعدد صياغات التشخيص، والتى يمكن أن تصنف فى فئتين رئيسيتين:

(١) الصياغة الكيفية. (٢) الصياغة الكمية.

أولا ـ الصياغات الكيفية للتشخيص:

تتضمن هذه الصياغات وصف مشكلة العميل وأبعادها المختلفة فى صورة كيفية توضح عوامل المشكلة ومدى مساهمتها فى إحداث الموقف الإشكالى.

ومن هذه الصياغات الكيفية للتشخيص، نميز منها الأشكال والمستويات التشخيصية التالية: (١ : ٢١٨-٢٢٠)

الأفكار التشخيصية Diagnostic Thinking:

والأفكار التشخيصية هى لون من الانطباعات تتميز بأنها:

- انطباعات غير يقينية وغير مؤكدة وإن ارتكزت على شواهد وقرائن معينة.
- تتسم بالكلية والعمومية دون تفصيلات جزئية فهى انطباعات عامة شاملة.
- تعتمد عليها مقابلات الاستقبال Intake فى توجيه الحالات أو تحويلها.
- تعتبر وسيلة للتشخيص النهائى أو فروض يتعين تحقيقها. لذلك كان من المفيد تسجيل هذه الانطباعات فى أعقاب كل مقابلة أو خطوة مهنية حتى ترسم الطريق للخطوات التالية وبداية لما يعقب ذلك من خطوات.

- التشخيص الإكلينيكى Clinical Diagnosis:

وهو تشخيص تصنيفى يقتصر على تصنيف المشكلة دون أى ذكر للعوامل المسببة لها، فمجرد ذكر هذا التحديد تتحدد تلقائياً اتجاهات العلاج داخل المؤسسة. ويمارس هذا النوع عادة فى المستشفيات ومؤسسات المعوقين والعيادات النفسية والسجون وبعض الوحدات الإيداعية ووحدات الضمان. حيث يكتفى التشخيص بتحديد طبيعة المرض أو نوع العاهة أو درجة الذكاء أو نوعية المجرم (مجرم معتاد أو مجرم خطير أو مجرم مريض أو مجرم عارض).

ويمتاز هذا التشخيص بالبساطة والتركيز وتجنب الصياغات الوصفية كما يعتبر مصدراً هاماً للبيانات الإحصائية والأبحاث العلمية إلا أنه يؤخذ عليه عدم توضيحه للظروف الفردية الخاصة لكل مشكلة والعوامل النوعية التى أدت إليها.

- التشخيص السببى: Etiological Diagnosis

هو بدوره تشخيص تصنيفى عام كالنوع الإكلينيكى السابق إلا أنه يضيف على طبيعة المشكلة طائفتها الخاصة أو نوعيتها المميزة عن الطوائف

الأخرى الواقعة داخل التصنيف العام فالقول بأن المشكلة هى اضطراب نفسى هو تصنيف إكلينيكى عام. أما إضافة الطائفة الخاصة لهذا الاضطراب كالانطواء أو القلق هو تصنيف طائفى أو تشخيص سببى.

أضف إلى ما سبق أن هذا النوع من التشخيص يهتم بمعرفة أسباب المشكلة ونشأتها وتاريخها منذ البداية، ولذا فهو تشخيص يسعى للوقوف على أسباب المشكلة فى إطار التاريخ التطورى للعميل كما قد يساعدنا على تفهم طبيعة هذه المشكلة وعلى العميل الذى يعانى منها.

التشخيص الدينمى (المتكامل) : Dynamic Diagnosis

وهو هذا التشخيص الوصفى السيال الذى يوضح تفاعل العوامل الذاتية والبيئية (رأسياً أو أفقياً) وأدت إلى الموقف الإشكالى وهو نوع يسود كثيراً بين المؤسسات التى تتناول مشكلات الأسرة والانحراف وما إليها.

ويمتاز التشخيص الدينمى بمناسبته للطبيعة الفردية الخاصة لكل من العميل وظروفه المحيطة وبالتالى طبيعة التفاعل بينهما الأمر الذى لا يمكن تفسيره إلا من خلال صياغة سيالة وصفية تربط بين العوامل المؤدية للموقف الإشكالى وتوضيح العلاقات السببية بينها مما يفسر المشكلة. ومن ثم يعتبر هذا النوع من التشخيص تشخيصاً متكاملا فهو جامع لمزايا الأشكال المختلفة السابقة ويقلل ما أمكن من عيوبها.

وإن كان يؤخذ على هذا النوع أنه يشكل أمام الممارسين صعوبة بالغة فى صياغته.

وبصفة عامة يمكن تحديد خمس جوانب ومكونات رئيسية يجب أن يحتويها صياغة هذا التشخيص الدينمى المتكامل : (١ : ٢٢٧، ٢٢٨)

أولا ـ التصنيف العام لطبيعة المشكلة: (تحديد مجالها العام)

وهو تحديد المجال العام للمشكلة، أسرية أم مدرسية أو نفسية... إلخ .

ويعتمد هذا التصنيف على الرأى المهنى للأخصائى الاجتماعى الذى عليه أن يميز أصول المشكلة عن فروعها وأعراضها، فمشكلة تلميذ بإحدى المدارس هى مشكلة مدرسية فقط إذا ارتبطت بالتحصيل المدرسى ولكنها يمكن أن تكون مشكلة اقتصادية أو سلوكية إذا كان العامل الاقتصادى أو الانحرافى هما العوامل الرئيسية والأكثر وضوحاً فى مشكلته سواء ارتبط ذلك بتحصيله الدراسى أو لم يرتبط، كما يمكن أن يراها الأخصائى مشكلة أسرية رغم أن التلميذ تقدم بها على أساس أنها اقتصادية، إذا تبين له أن الجو الأسرى كان وراء حاجة التلميذ إلى المساعدة. ولكن وبصفة عامة يفضل أن يكون التصنيف العام مرتبطاً بنوعية المؤسسة ذاتها والمجال الذى تخدمه.

ثانياً ـ التصنيف الطائفى للمشكلة:

ويلى التصنيف العام ليحدد الطائفة المتميزة التى تنتمى إليها المشكلة داخل مجالها العام وتحديد طائفة المشكلة تختلف حسب مجالها العام وحسب خدمات المؤسسة، فقد تكون الطائفة إحدى مراتب الضعف العقلى (عته أو بله أو مورون) إذا كان التصنيف العام هو ضعف عقلى كما قد تكون نوع التهمة (تشرد أو سرقة) إذا كان التصنيف العام هو انحراف أحداث... وهكذا.

ثالثاً ـ التصنيف النوعى:

ونعنى به التحديد لنوعية العوامل التى أدت إلى المشكلة. وعادة ما تقع بين عوامل شخصية وأخرى بيئية، كما قد تتفرع العوامل الشخصية إلى عوامل جسمية ، ونفسية، وعقلية، وسلوكية اجتماعية. بل قد تتفرع العوامل النفسية ذاتها إلى شعورية أو لا شعورية وهكذا.

رابعاً ـ التفسير الدينمى الوصفى لتفاعل العوامل:

وهو هذا التفسير السيال الذى يوضح تفاعل العوامل المختلفة التى أدت إلى الموقف الإشكالى لتمييز فردية المشكلة وظروفها الخاصة . وهذا التفسير الدينمى يجب أن يكون وحدة عقلية متكاملة متتابعة فى تسلسل منطقى وتتابع زمنى ليصور ـ احتمالية ـ تفاعل كل من شخصية العميل مع ظروفه المحيطة.

لذلك فهو قد يتضمن تفسيراً رأسياً لتفاعل الظروف المختلفة فى الماضى عند تحليل السمات الشخصية للعميل كما هو الحال فى بعض حالات الأحداث المنحرفين والمضطربين نفسياً، كما يتضمن تفسيراً أفقياً لتفاعل هذه السمات الشخصية الحالية مع الظروف الحاضرة.

خامساً ـ تحديد مناطق العلاج واتجاهاته:

وهو نهاية المطاف، فعلى ضوء ما كشفه التفسير الدينمى للمشكلة يتم تحديد الخطوط العريضة واتجاهات العلاج. ومن المهم أن تظهر فى هذه الاتجاهات مناطق القوة الواجب استثمارها ومناطق الضعف التى يتعين مواجهتها فى حدود إمكانات المؤسسة.

وللوصول إلى **الصياغة النهائية للتشخيص الدينمى المتكامل** فثمة خطوات رئيسية ـ حددها عبد الفتاح عثمان ـ على النحو التالى: (١ : ٢٢٩-٢٤٢)

أولا ـ إدراك عام للمشكلة:

وهى نظرة كلية عامة إلى المشكلة وأبعادها المختلفة دون التعمق فى تفاصيلها وجزئياتها ـ وقد تتم هذه الخطوة بقراءة البيانات التى احتوتها استمارة البحث الاجتماعى أو مراجعة التشخيص الطبى أو النفسى أو قد تمتد إلى الاطلاع على الانطباعات التشخيصية المسجلة عند كل مقابلة...

إلخ. فمثل هذه النظرة العامة تحقق فوائد أهمها:

١ ـ تكوين الانطباع الكلى عن طبيعة المشكلة وأبعادها الكلية.

٢ ـ يحدد هذا الانطباع مجال التفكير ويركزه ، فى دائرة خاصة مرتبطة بالمشكلة.

٣ ـ يستدعى تحديد مجال التفكير أفكاراً مختزنة فى الذهن (نظريات) علمية وخبرات سابقة ويهيؤها لتفسير المشكلة.

ثانياً ـ حصر حقائق المشكلة:

وهى فى النهاية ستنحصر فى حقائق خاصة بشخصية العميل ، لتمثل الضغوط الداخلية للمشكلة . وحقائق أخرى خاصة بظروفه المحيطة، لتمثل الضغوط الخارجية للمشكلة.

ثالثاً ـ تقييم الحقائق (التقدير) : Assessment

وتنحصر هذه الخطوة فيما يلى:

١ ـ تقييم سمات شخصية العميل:

لقياس سمات شخصية العميل ثمة أسلوبين رئيسيين هما:

(أ) قياس الشخصية فى جوانبها الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية قياساً تحليلياً لكل جانب على حدة لتقدير مدى كفاية هذه العناصر أو ضعفها.

(ب) قياس الشخصية ككل كما يصدر عنها من سلوك قياساً وظيفياً دينامياً يوضح تفاعل جوانبها فى حركتها وليس فى ثبوتها.

ووفقاً للاتجاه التحليلى المعاصر Ego - Psychology ترى هوليس أن قياس سلوك العميل يعتمد على تقييم مراكز القوى فى الشخصية وهى الذات، والذات العليا، والسمات المرضية.

وسنتناول كل منها بشيء من التفصيل

تقييم الذات.

لقياس مدى قوة الذات أو ضعفها علينا تقدير وظائفها الأربعة الأساسية وهي: القدرة على الإدراك + القدرة على الإحساس + القدرة على التفكير + القدرة على الإنجاز . مع مراعاة ما يلي

١ ـ تقدير موضوعي لدرجة أداء الذات لأي وظيفة من وظائفها.

٢ ـ حساب أو تصور ما يجب أن تكون عليه هذه الوظيفة بالنظر إلى:

ـ الدور الاجتماعي للعميل (إحساس بالدور وتوقعات الآخرين منه).

ـ السن ومستوى النضج العام.

ـ القيم والمعايير الثقافية التي يرتبط بها.

٣ ـ مقارنة ما هو كائن بما يجب أن يكون وتقدير ـ تبعاً لذلك ـ مدى ما تتمتع به الذات من قوة أو ضعف ومكان هذه القوة أو هذا الضعف. (١ : ٢٢٩-٢٣١)

وتسهيلا لعملية القياس نعرض فيما يلي جدولا يوضح وظائف الذات في صورتها العادية (الذات القوية) والمضطربة (الذات الضعيفة). (١٥ : ٤٠)

الوظيفة	الذات القوية	الذات الضعيفة
الإدراك الإحساس	وعى تام بذاته وبيئته وعلاقتهما البعض انفعالات موضوعية، قلق متوقع، ندم وذنب لأمور طبيعية، خوف معتدل مرتبط بالمثير، غضب بحجم الموقف، ممارسة حب أو كره باعتدال.	وعى محدود، ساذج، سهيان، تشتت شطط، انفعال، بلادة تامة قلق أو ذنب مبالغ فيهما، مخاوف وهمية أحاسيس غير متطابقة.
التفكير	تسلسل، تعبئة واعية للفكر، خطوات منطقية، تذكر وربط وحكم وتخيل وإبداع مناسب للموقف.	اضطراب فى التفكير، فقر الأفكار، نسيان، فقر الأفكار . ميل نحو التعميم، عجز عن الربط، عجز فى الانسياب المنطقى، إسراف فى الخيال.
الإنجاز	قدرة مناسبة على اتخاذ القرار وتنفيذه فى اعتدال يناسب الموقف.	بلادة، أو تردد، أو استسلام للحيرة أو الاندفاع الأهوج لتنفيذ أفكار غير ناضجة.
التكيف	قدرة على المعايشة وتحمل الآلام وعدم التشبث الدائم. مرونة وقبول لكل طارئ دون تذمر أو رفض.	عجز عن المعايشة أو تحمل أى معاناة، تشبث وعناد بمواقف معتادة. عجز عن التأقلم مع أى واقع جديد.
الدفاع	قدرة على ممارسة معتدلة للسلوك الدفاعى فى المواقف التى تهدد الذات، إنكار أو تبرير أو إسقاط أو أو فعل عكسى غير دائم وإنما حسب متطلبات الموقف	سلوك دفاعى إما دائم وإما قادر مع ميل دائم للمبالغة الدفاعية والإسراف لكل موقف سواء كان ضرورياً أو غير ضرورى، جمود أو فقدان المرونة استجابة دفاعية غير مبررة أو لازمة.

تقييم الذات العليا (الضمير):

لتقييم الذات العليا فى العميل يجب النظر إليها من ناحيتين: أولهما: قياس درجة الذات العليا، وهنا نميز بين أربعة مستويات هى:

(أ) شدتها أو تزمتها.

(ب) ضعفها أو تساهلها.

(ج) تأرجحها بين الشدة والضعف.

(د) اعتدالها فى الحكم على الخطأ والصواب.

ثانيهما : قياس مضمون الذات العليا، وهو تقدير لنوع القيم ذاتها التى يتمسك بها العميل ومدى مناسبتها للقيم المتعارف عليها فى البيئة.

تقييم السمات المرضية الخاصة:

إلى جانب الذات والذات العليا، ثمة سمات خاصة فى الشخصية تؤثر فى سلوك العميل ودوره فى الموقف . وهذه السمات هى:

١ ـ رواسب طفلية خاصة:

وهى رواسب ثبتت فى الشخصية منذ الطفولة المبكرة لتلازمها فى الكبر، لتؤثر إلى حد كبير فى أداء الذات لوظائفها. وأهم هذه الرواسب الطفلية: الأنانية والغيرة والحسد، والاتكالية ونوبات الغضب وثنائية الوجدان، والعدوان أو الحب الزائد أو الكراهية المطلقة لأشخاص معينين ، والانحرافات الجنسية أو الشعور الزائد بالنقص وما إلى ذلك .

٢ ـ أعراض مرضية معينة: وتنحصر فى :

(أ) استجابات عصابية وذهانية، كالهلوسات والهذاءات والخوف المرضى، والاكتئاب، والتقلب المزاجى، ... إلخ من علامات مرض نفسى أو عقلى.

(ب) استجابات شبه عصابية أو ذهانية، وهى نفس الأعراض السابقة وإن كانت أقل فى حدتها أو استمرارها. وقد تكون هذه الاستجابات ممهدة للمرض النفسى أو العقلى أو قد تكون مجرد استجابات نمطية غير عادية قد تصاحب الفرد مدى حياته دون أن ترتبط بالضرورة بأى مرض.

٢ ـ تقييم الظروف أو الضغوط البيئية:

الضغوط الخارجية للعميل نوعان:

(أ) أفراد محيطون به، ولتقييمهم نتبع نفس الأسلوب الذى سبق شرحه لتقييم العميل.

(ب) مواقف بيئية، وتقيم بدورها حسب المعدلات المتعارف عليها فى المجتمع، فالأسرة المفككة أو انعدام الدخل أو ضيق المسكن أو رداءة الحى أو قسوة العمل وما إلى ذلك هى بالضرورة مظاهر سلبية تحيد عن المتوسط العادى الذى نصطلح عليه للأسرة أو الدخل أو المسكن أو العمل ... إلخ. وطبيعى أنه يجب مراعاة طبيعة البيئة والقيم والثقافة والمستوى المعيشى العام عند حساب مدى (انحراف) هذه العوامل عن متوسطها العام.

رابعاً ـ صياغة الحقائق فى علاقاتها بالمشكلة:

إذ تجتمع لنا حقائق قياسية عن العميل وظروفه المحيطة، كانت الخطوة التالية هى البحث عن الكيفية التى تفاعلت بها هذه الحقائق أو العوامل التى أدت إلى الموقف الإشكالى.

وبصفة عامة ثمة أسلوبين لتحديد طبيعة هذا التفاعل:

(أ) **تفاعل أفقى**: وهو هذا التفاعل الذى حدث بين العوامل الحاضرة فى وضعها الراهن وأدت مباشرة إلى المشكلة دون الحاجة إلى البحث فى الماضى عن أسباب نشوء هذه العوامل الحالية نفسها. فالقول بأن «الأسرة تواجه مشكلة اقتصادية نظراً لغياب الزوج المحكوم عليه بالسجن وصغر سن الأطفال وعدم وجود أقارب ملزمين بالنفقة مع عدم قدرة الزوجة نفسها على العمل هو تفاعل أفقى يصور التفاعل الحالى الذى أدى إلى حاجة الأسرة إلى إعانة المؤسسة.

(ب) **تفاعل رأسي**: وهو هذا التفاعل الذى يوضح كيفية تفاعل عوامل سابقة فى الماضى والى أدت إلى نشوء العوامل الحالية نفسها. وفى المثال السابق قد يشمل تفسيراً لأسباب سجن الزوج أو أسباب عدم قدرة الزوجة على العمل وكافة العوامل السابقة التى تفاعلت وأدى إلى كل منها والتفاعل الرأسى قد يشمل:

- التاريخ التطورى للعميل.
- التاريخ التطورى للمواقف المختلفة، كتطور الخلاف بين الزوجين أو متابعة تاريخ المرض وتطوره وما إلى ذلك.

ولكل من هذين النوعين أهمية خاصة فى المشكلات المرتبطة بالجناح أو الاضطرابات النفسية أو العلاقات الأسرية والتى يتطلب علاجها التعرف على كيفية نشوئها وتطورها والتى تكشف - حسب المعتقدات الفرويدية - منابت المشكلة وجذورها الأولى.

هذا وقد يكفى التفاعل الأفقى لعوامل المشكلة الحالية لتفسيرها ولتحديد اتجاهات العلاج فى كثير من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وخاصة فى المؤسسات التى تقدم خدمات محددة تفرضها فلسفتها الخاصة.

ولصياغة هذا التفاعل سواء أكان التفاعل رأسياً أو أفقياً فهناك خطوتان أو عمليتان يجب القيام بهما وهما:

(١) انتقاء العوامل:

وتخضع عملية انتقاء العوامل لعدة اعتبارات رئيسية أهمها:

- **السببية النسبية**: أى انتقاء العوامل التى ترتبط بالموقف بعلاقة عليه مباشرة أو غير مباشرة، وقد تكون هذه العلاقة تلازماً فى الحدوث أو تعاقباً فى الحدوث. فطرد الأب لابنه من المنزل الذى أعقبه مباشرة سرقة الحدث يمكن أن تكون علة نسبية لانحرافه حيث العلاقة العلية هنا هى علاقة

متعاقبة. أما إذا قلنا بأن اضطراب الحدث النفسى مرتبط بفترة المراهقة التى يمر بها فالعلاقة هنا هى علاقة متلازمة حيث أن كلا من المراهقة والاضطراب النفسى قد حدثا فى نفس الوقت.

- **العلاقة الجبرية**: انتقاء هذه العوامل لابد وأن يأخذ فى اعتباره العوامل السلبية أكثر من العوامل الإيجابية ومنطقنا هنا أن:
  - العوامل السلبية أكثر ارتباطاً بنشوء المشكلة. فقسوة الأب وليست طيبة الأم هو عامل هام لتفسير اضطراب الحدث مثلا.
  - العوامل السلبية هى التى تتطلب علاجاً بل والتى يمكن علاجها وليست العوامل الإيجابية.
  - التشخيص يرتبط أساساً بالعلاج.
- **انتقاء الأصول وليس الفروع أو الأعراض**: فالفقر وليس سوء حال المسكن هو العامل السلبى حيث أن سوء المسكن ما هو إلا عرضاً للفقر ولكنه ليس عاملا مستقلا، كما أن انصراف أى من الزوجين أو اختلافهما هو عامل فى مشكلة الطفل وليس الطلاق مثلا فالطلاق هو النتيجة للسبب الأصلى بل إن الطلاق قد يكون فى بعض الحالات من أساليب حل المشكلة وهكذا.
- **انتقاء العوامل الممكن علاجها أفضل من التى لا يمكن علاجها**: فالقول بأن وفاة الأم كانت عاملا من عوامل المشكلة أفضل منه القول بأن عدم وجود بديل للأم يعوض الحدث عاطفياً عن فقدانه لأنه كان عاملا من عوامل المشكلة أو بأن ارتباط الحدث الزائد بأمه كان عاملا فى اضطراب سلوكه وهكذا. فإيجاد بديل الأم أو زيادة قدرة الحدث على قبول الواقع أمران يمكن تدبيرهما عملياً ولكننا لا نستطيع عمل شيء إزاء وفاة الأم نفسها.

بصفة عامة، فالعوامل الشخصية لها أهميتها البالغة فى مشكلات

الجناح أو الاضطراب النفسى، بينما العوامل البيئية أكثر أهمية فى مشكلات الطفولة من العوامل الشخصية.

(٢) صياغة كيفية تفاعل هذه العوامل:

وتعتمد عملية هذه الصياغة التى توضح كيفية تفاعل هذه العوامل المنتقاة وأثرها المتبادل حتى أدت إلى الموقف الإشكالى على الأسس التالية:

- **التسلسل الزمنى أو التعاقب فى الحدوث:** أى سرد التفاعل مع تسلسل الأحداث تسلسلا زمنياً ومنطقياً ومترابطاً. كالقول بأنه بدأت اضطرابات الحدث السلوكية مع انتقاله إلى منزل أبيه وزوجة أبيه كما زادت حدة الاضطراب مع إنجاب زوجة الأب لأبناء احتلوا اهتمام الأب، فمثل هذه الصياغة صورت التفاعل فى تسلسل زمنى مترابط مع سير الأحداث.
- **التفسير الدينامى لتفاعل هذ العوامل:** ، تفسير «الميكانيزم النفسى والاجتماعى» الذى يوضح الأثر المتبادل بين هذه العوامل. فانتقال الحدث إلى منزل أبيه هى حقيقة مادية غير كافية لتوضيح الموقف. ولكن تفسير هذا «الانتقال» فى معناه النفسى هو الذى يعطى تفسيراً علمياً لما حدث كأن نقول مثلا «بأن انتقال الحدث إلى منزل أبيه وزوجة أبيه قد أثار مرة أخرى مشاعر الكراهية نحو الأب المترسبة من الموقف الأوديبى خاصة وقد ارتبط الأب ببديل جديد لأمه، مما أدى إلى اضطراب سلوكه الذى زادت حدته مع إنجاب الأب لأبناء غير أشقاء أثاروا فى نفسه مشاعر الغيرة والكراهية والعدوان، ... إلخ».

خامساً ـ تحديد مناطق العلاج واتجاهاته:

وهو نهاية المطاف لكل ما سبق من تفصيلات والنتيجة المنطقية والاستدلالية للعمليات العقلية السابقة. وعند تحديد هذه الاتجاهات العلاجية لابد وأن تشمل:

- **مناطق الضعف**: سواء فى ذات العميل أو فى الظروف المحيطة والتى لها ارتباط واضح بالمشكلة وفى نفس الوقت يمكن علاجها فى حدود إمكانات المؤسسة.
- **مناطق القوة**: الإمكانات القائمة فى الموقف ويمكن استثمارها فى العلاج سواء كانت أفراد أو إمكانات معطلة لم تستثمر بصورة مناسبة.

ثانياً ـ الصياغات الكمية للتشخيص

تتضمن هذه الصياغات وصف للموقف الإشكالى وأبعاده المختلفة فى صورة كمية تعكس الوضع الراهن.

أى فى ضوء تقديرات رقمية لها مدلولاتها العلمية وتفسيراتها المنطقية بدون إسراف فى إبراز التفاعلات أو التعمق فى الجذور والعلاقات.

وللصياغات الكمية للموقف الإشكالى ثمة مميزات أهمها: (١٦ : ١٠، ١٠٢)

- **الموضوعية**: إن تقدير أبعاد الموقف الإشكالى فى صورة رقمية واعطاءها وزناً مناسباً يقلل من احتمالات تحيز الأخصائى وتأثره بالتفسيرات الذاتية.
- **البساطة وقلة الجهد**: تتسم هذه الصياغات بالبساطة وعدم التعقيد ويسهل على الأخصائى المدرب الماهر القيام بها بأقل جهد وأقل تكاليف بدلا من القيام بصياغات معقدة تحتاج إلى مهارة لغوية وقدرة تفسيرية تضيع الوقت والجهد.
- **القدرة على القياس**: تعتبر هذه الصياغات بمثابة محكات للقياس يمكن من خلالها تقويم نتائج التدخل العلاجى والتأكد من تحقيقه لأهدافه.

وبالرغم من هذه المميزات إلا أن البعض يرى أن لها بعض العيوب التى تقلل من أهميتها وتتشكك فى فعاليتها. ومن هذه الانتقادات:

- يعيب على هذه الصياغات أنها لا تبرز التفاعل بين العوامل التى أدت إلى الموقف الإشكالى، حيث أنه لا يمكن فصل هذه العوامل عن بعضها، والتعامل مع كل عامل بمفرده.
- تعتمد هذه الصياغات على الأرقام، والأرقام وحدها تعتبر صماء لا تظهر الطبيعة المميزة لأى عامل أو أى نمط سلوكى، وبالتالى فلابد من التفسير الكيفى لهذه العوامل والأنماط.
- إن الأرقام لا تعنى عدم تحيز الأخصائى فهو يضع هذه الأرقام وفقاً لتفسيراته الذاتية ورؤيته الشخصية التى تحتمل الخطأ والصواب.

وبالرغم من الانتقادات التى وجهت إلى الصياغات الكمية للتشخيص فإننا نرى أن ذلك لن يقلل من شأنها كخطوات أولية نحو تحقيق الموضوعية فى عملية التشخيص وذلك نظراً لما يلى:

- إن فصل العوامل التى أدت إلى حدوث المشكلة لا يعنى إنكار التفاعل فيما بينها، بل إننا نؤكد أنه طالما أن هناك علاقات وروابط بين أفراد الجنس البشرى، فلابد أن تكون هناك تفاعلات، وقد تنعكس هذه التفاعلات فى صورة أنماط مشكلة تتفاعل فيها العوامل المتشابكة الذاتية والاجتماعية، ويمكننا تشبيه هذه العوامل المتشابكة والمتفاعلة بسلسلة (المشكلة) تتضمن مجموعة من الحلقات المترابطة والمتفاعلة (العوامل والأسباب).

ولكى نحاول مواجهة هذه المشكلة والتعامل معها فلابد من تحليل وتحديد عواملها بدقة ـ مع الاعتراف بالتفاعل بينهم ـ والتعامل مع العامل أو حتى بعض العوامل الأكثر ارتباطاً بالمشكلة، وأكثر تأثيراً على المشكلة وفى ضوء إمكانات وقدرات الأخصائى والعميل، نظراً لأننا لا نستطيع التعامل مع كل العوامل مرة واحدة لمراعاتنا للحدود البشرية والزمانية والمكانية.

ـ إن تحويل المتغيرات التى تضمها المشكلة إلى صورة رقمية لا يعنى إهمال عملية التفسير، بالرغم من أنها تعكس بالفعل جوانب وأبعاد المشكلة، ولكن من الممكن أن تصاحب الصياغة الكمية للمشكلة صياغة تفسيرية لها.

ـ إن المحاولات الأولى لوضع صياغات كمية للعملية التشخيصية قد يشوبها بالفعل بعض التفسيرات الذاتية للمشكلة وتأثر الأرقام بذلك، إلا أننا لا ننكر دور هذه الصياغات فى وضع اللبنات الأولى لصياغتها أكثر دقة تبتعد ولو نسبياً عن التقليل من التفسيرات الذاتية التى يضعها الأخصائى. (١٦ : ١٠٣، ١٠٤)

وعموماً، ومن النماذج التشخيصية التى يمكن الاستفادة فى صياغتها بالتقديرات الكمية الرقمية ما نسميه **بالتشخيص العاملى**:

وهو صياغة أكثر بساطة تأخذ بأسلوب العوامل المستقلة لتفسير طبيعة الموقف الإشكالى مرتبة حسب أهميتها.

وهو وإن كان لا يصور التفاعل بين هذه العوامل إلا أنه يتميز بالبساطة وعدم التعقيد.

وصياغة هذا النوع من التشخيص تعتمد على عمليتين أساسيتين هما:

(١) التحليل للعوامل التى أدت إلى الموقف الإشكالى:

وذلك من خلال تصنيفها إلى مجموعتين هما:

ـ العوامل الذاتية.

ـ العوامل البيئية.

(٢) التقييم للعوامل: وفى هذه العملية نقوم بما يلى:

ـ تقدير مدى إسهام كل من المجموعتين فى إحداث المشكلة لتحديد أيهما

أكثر أهمية من الأخرى. كأن نقول أولا عوامل بيئية وثانياً عوامل ذاتية، ومعنى ذلك أن العوامل البيئية هى التى تلعب الدور الأكثر أهمية.

- تقدير أثر كل عامل فى إحداث المشكلة لترتيبها تنازلياً فى كل مجموعة طبقاً لأهميتها فى إحداث المشكلة. (٩: ٢٣٠)

ولاشك فى أنه على ضوء هذا التقييم يتبين للأخصائى أهم العوامل وأكثرها احتياجاً للعلاج، فهو يعرى العوامل من الظروف المختلفة المتداخلة حتى يظهر الهيكل العظمى للمشكلة المتمثل فى هذه العوامل ويختار منها العوامل التى تمثل العمود الفقرى فى المشكلة لأنها أولى العوامل بالعلاج وأن علاجها سيساعد على علاج العوامل الأخرى.

وقد يتبين له من موازنة أثر كل عامل فى المشكلة أن هناك أكثر من عامل يستحق العناية والاهتمام.

ولانقصد إطلاقاً أن عملية التقييم تهدف إلى الإقلال من العوامل الأخرى التى تظهر فى الموقف لأن عملية التشخيص ـ كما سبق أن أشرنا ـ تهتم بتحليل جميع العوامل وتوضيحها توضيحاً كافياً يساعد على البدء فى وضع الخطة العلاجية على أساس فعال.

وكى يستطيع الأخصائى تقييم العوامل المختلفة وأثرها فى الموقف الإشكالى فإنه يمكن الاستعانة بالجداول التقيمية. ومن صور هذه الجداول ما يلى:

(أ) جدول تقييم أثر العوامل

التقديرات / العوامل	+٣	+٢	+١	صفر	-١	-٢	-٣
الجسمية							
النفسية							
العقلية							
السلوكية الاجتماعية							
الوسط الأسرى							
الوسط المدرسى							
بيئة العمل							
ظروف البيئة الخارجية							

ولكى يستطيع الأخصائى استخدام هذا الجدول (٣ : ٣٨٢) فإن هذا يتطلب منه ـ كما سبق أن أوضحنا ـ القيام أولا بالتحليل للعوامل التى أدت إلى الموقف الإشكالى، ثم وعلى ضوء نتائج هذا التحليل لكل عامل من العوامل المتداخلة فى الموقف يعطى الأخصائى للعامل الدرجة التى يستحقها حسب تقديره وعلى ضوء خبرته بالحالة ومهارته.

وكما يبدو من الجدول السابق فقد قسم إلى ثمانى خانات تضم الأولى العوامل المؤدية للموقف الإشكالى. وتحتوى الخانات السبع الثانية على أوزان تقديرية لكل عامل.

وحتى يسهل استخدام هذا الجدول فإنه يبدأ من الوسط بدرجة الصفر وهى التى تمثل أن العامل أثره عادى لا يزيد من حدة الموقف أو يدعو إلى تحسينه بحالته الراهنة.

أما القسم الأيمن فهو يمثل الأثر الإيجابى للعامل فى الموقف ويتدرج من +١ أى أن العامل تأثيره فى الموقف تأثير جيد ثم يتدرج إلى جيد جداً

بدرجة +٢ ثم تقدير ممتاز حسب أثر العامل فى الموقف ويعطى درجة +٣ أما الجانب الأيسر من الجدول فيمثل أثر العوامل السيئة فى الموقف متدرجاً من -١ إلى -٣ فإذا كان أثر العامل سىء يعطى درجة -١ حتى إذا كان تأثيره أكبر من سىء جداً يعطى -٢ حتى إذا كان سيئاً جداً جداً يعطى -٣.

واستخدام هذا الجدول يساعد الأخصائى الاجتماعى على التخلص من النواحى الذاتية لأنه سيحاول أن يجرد الوقائع مما قد يكون لديه هو شخصياً من بعض النوازع إذ يضع العامل موضع المقارنة بغيره من العوامل فهو فى عملية الاستدلال يرجع لجزئيات الموقف. والرجوع إلى جزئيات الموقف هو العنصر الأساسى فى التفكير الموضوعى.

ولكن الصعوبة التى يجدها الأخصائى عادة فى استخدام الجدول تتلخص فى قدرة الأخصائى على استخلاص الوضع النهائى من العوامل الجزئية. وأن كل عامل من العوامل السابقة قد يكون مكوناً من عوامل فرعية بعضها سلبى والبعض الآخر إيجابى وقد نصح «كارل روجرز» فى استخدام جداول التقييم بالاعتماد على المحصلة النهائية لمجموع العوامل الجزئية فمثلا فى مشكلة طفل نجد أن الأم مثلا تهتم بالطفل بينما يقسو عليه الأب وأن الأب كثير التغيب عن المنزل وأن الطفل علاقته حسنة بأخوته ففى مثل هذه الحالة نجد ثلاث عوامل فرعية فى العلاقة الأسرية منها عامل سلبى واثنين موجبين ولكن العامل السلبى على درجة كبيرة من الأهمية بينما إيجابية العاملين الأخيرين يكادان يكونان فى منطقة الصفر لأنهما يمثلان معاملة عادية للطفل ولذلك فإن محصلة هذه العوامل الثلاث هى ـ ١.

أما إذا كانت معاملة الأب سيئة ومعاملة الأم أيضاً سيئة ومعاملة الأخوة عادية ففى هذه الحالة واضح أن التقدير يوضح فى -٢.

أما إذا كانت معاملة الأب حسنة بمعنى أنه على علاقة طيبة بالطفل

ويعطيه فرصة اعتبار الذات، بينما الأم تهتم بشئونه دون تدليل والأخوة يتقبلون الطفل تقبلا حسناً فى سلوكه المقبول لديهم ففى هذه الحالة يمكن وضع التقدير فى +١ .

وتعتمد قدرة الأخصائى على تفهم استخدام الجدول على خبرته بالمجال الذى يعمل فيه.

فالأخصائى الذى يعمل فى ميدان الأحداث مثلا يكون لديه حاسة مهنية بالنسبة للعوامل العامة السائدة فى مشكلات الأحداث يستطيع أن يقيم أثر العوامل بسهولة فهو فى تفحصه للموقف تطفو خبراته ومعلوماته فى بؤرة التفكير لتتدخل فى العملية القياسية التى يقوم بها لتقدير أثر كل عامل من العوامل.

ومن صور هذه الجداول التقيمية أيضاً التى يمكن أن يستعين بها الأخصائى:

(ب) جدول التحليل المرجح
لعوامل الموقف الإشكالى

العوامل التى أدت حدوث الموقف الإشكالى	العلاقة بالمشكلة	مدى الانحراف عن المتوسط	التأثير فى العوامل الأخرى	الجهد اللازم للعلاج	مجموع النقاط	الترتيب النهائى
١ إحساس الزوج بالنقص	٤	٣	٣	٣	١١	الثانى
٢ تدخل أم الزوجة فى حياة الزوجين	٣	١	١	٢	٧	الرابع
٣ ضعف شخصية الزوجة وانقيادها لوالدتها	٢	٤	٤	٤	١٤	الأول
٤ الانخفاض الحاد فى دخل أسرة الزوجة	١	٣	٣	١	٨	الثالث

وكما يبدو من الجدول السابق (١٦ : ١٠٧) فإنه يتكون من ثماني خانات تضم الأولى الرقم المسلسل والثانية العوامل التى أدت لحدوث الموقف الإشكالي، وتضم الخانات الأربع التالية المتغيرات التى يتم ترجيح العوامل فى ضوئها.

أما الخانة السابعة فتحتوى على مجموع النقاط المرجحة والخانة الثامنة تحتوى على الترتيب النهائى للعوامل طبقاً لما ينبغى للأخصائى أن يبدأ به فى علاج المشكلة.

وكما يبدو من المثال السابق يتحدد الحد الأقصى للنقاط المرجحة بعدد العوامل التى أدت إلى حدوث الموقف الإشكالى. وهى فى هذا المثال أربعة عوامل يقوم الأخصائى بترتيبها طبقاً للمتغيرات المختلفة على النحو التالى:

- بالنسبة للعلاقة بالمشكلة يحصل أقوى العوامل علاقة بالمشكلة وهو إحساس الزوج بالنقص على الحد الأقصى وهو أربع نقاط، على أساس أنه أكثر العوامل صلة بالمشكلة يليه تدخل الأم فى حياة الزوجين، ثم ضعف الزوجة وانقيادها، وأخيراً انخفاض دخل أسرة الزوجة على أنه أضعف هذه العوامل علاقة بالمشكلة.
- بالنسبة لمدى الانحراف عن المتوسط فقد حصل ضعف شخصية الزوجة على الحد الأقصى، لأنه أكثر هذه العوامل انحرافاً عن المتوسط، إذ أن الزوجة تأخذ رأى والدتها فى كل صغيرة وكبيرة فى شئونها الزوجية، ولا تقطع برأى فى أى أمر من أمورها دون الرجوع إليها، واحتل المركز الثانى وحصل على ثلاث نقاط انخفاض دخل أسرة الزوجة، حيث كان والد الزوجة يعمل بمبوطياً يصل دخله إلى ٣٠٠ جنيه شهرياً، انقطع هذا الدخل وأصبح يكاد يقتصر على إعانة التهجير التى تبلغ حوالى ٤٠ جنيه، أما إحساس الزوج بالنقص، فلم يكن شديداً ولذلك احتل المركز الثالث، على حين جاء تدخل الأم فى المركز الرابع وحصل على نقطتين.

- بالنسبة للتأثير فى العوامل الأخرى احتل ضعف شخصية الزوجة المركز الأول وحصل على أربع نقاط، لأنه أكثر العوامل تأثيراً إذ أن التحسن فيه يؤدى إلى استقلال الزوجة وبالتالى إلى التقليل من تدخل الأم فى حياة الزوجة ويليه انخفاض دخل أسرة الزوجة الذى له تأثير أيضاً لأن والدة الزوجة كانت تحاول الحصول على جزء من مرتب الزوجة، وقد يؤدى تحسن هذا العامل إلى التقليل من تدخل أم الزوجة فى حياة الزوجين ثم إحساس الزوج بالنقص وأخيراً تدخل أم الزوجة.
- بالنسبة للجهد اللازم لعلاج العامل فيحصل العامل الذى يحتاج إلى أقل جهد ووقت وهو ضعف شخصية الزوجة وانقيادها يليه إحساس الزوج بالنقص، ثم تدخل أم الزوجة وأخيراً انخفاض دخل أسرة الزوجة.

ثم يقوم الأخصائى بتجميع النقاط المرجحة التى حصل عليها كل عامل، ثم يقوم بترتيب هذه العوامل تنازلياً حسب ما حصلت عليه من نقط، وبذلك تتحدد أولوياته العلاجية، ففى هذا المثال يكون من الأفضل أن يوجه جهوده إلى تقوية شخصية الزوجة ودعم استقلاليتها كهدف أول يليه علاج مشاعر النقص عند الزوج ثم معاونة أسرة الزوجة على علاج الانخفاض الحاد فى الدخل أو محاولة عزل تأثيره أو تقليله إلى الحد الأدنى، ثم تدخل أم الزوجة فى حياة الزوجين.

ولاشك أن مثل هذه الصياغة التحليلية المرجحة للعوامل إنما تساعد على تحديد أكثر العوامل ارتباطاً بالموقف الإشكالى كما أنها تسهم فى تحديد أولوليات الخطة العلاجية.

الفصل الخامس

العلاج النفسى الاجتماعى

«التدخل العلاجى»

‹Treatment Intervention

فى الواقع أن خدمة الفرد تهتم دائماً بالعميل كشخص يعانى من مشكلة وتبذل جهوداً مختلفة حتى يصل إلى التوافق النفسى.

وهذا التوافق إنما يشتمل على جانبين هامين أولهما شخصية العميل أى كفرد له عوامله الذاتية وثانيهما هى البيئة وما تحتويه من عناصر بشرية وغير ذلك.

وعلى هذا الأساس فإن خدمة الفرد استعملت مدخلا ثنائياً للتدخل العلاجى. فهى قد تناولت البيئة لصالح العميل واستعملت تكنيكات سيكولوجية لتخفيف ضغوطه النفسية ولزيادة وتنمية قدراته الداخلية حتى يقابل الإحباطات التى يواجهها فى حياته بفعالية مناسبة .

ثم إن هذه الضغوط البيئية والنفسية تتداخل فى العملية العلاجية عن طريق السببية لدرجة أنه يمكن القول بأن كل خدمة الفرد هى عملية سيكولوجية اجتماعية Psychosocial. ومن الطبيعى أن العناصر السيكولوجية الداخلةفى الموقف الإشكالى تختلف فى درجة الأهمية النسبية إذا ما قورنت بالعناصر البيئية. فهى قد تقل عنها فى موقف وتزيد عنها فى موقف آخر فى هذه الأهمية. ومع ذلك فإنه يجب على الأخصائي أن يأخذ جميع هذه العوامل فى الاعتبار، وبصفة مستمرة عند تدخله العلاجى.

بهذا يمكننا أن ندرك كنه التدخل العلاجى في خدمة الفرد كتدخل يجمع بالضرورة بين العلاج النفسى والاجتماعى طالما هو يستهدف تعديلا ما فى ذات العميل وتعديلا آخر فى ظروفه الاجتماعية لتحقيق توافقه النفسى.

وقياساً على ذلك يمكن أن **نعرف التدخل العلاجي بأنه** :

«عملية تستهدف التأثير الإيجابي في ذات العميل أو في ظروفه المحيطة لتحقيق توافقه النفسي/ كما تراه هوليس ـ وهي من رواد الاتجاه التحليلي ـ بأنه «إحداث تغيير في الأداء الاجتماعي للعميل وخاصة في مجال العلاقات الاجتماعية». في حين يعرفه عبد الفتاح عثمان بأنه «التأثير الإيجابي في شخصية العميل أو ظروفه المحيطة لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية أو لتحقيق أفضل استقرار ممكن لأوضاعه الاجتماعية في حدود إمكانات المؤسسة» (١ : ٢٥٨)

أهداف التدخل العلاجي:

إنه على الرغم من وجود اتفاق مطلق على الهدف العام للتدخل العلاجي في عملية المساعدة في خدمة الفرد وهو مساعدة العملاء على مواجهة المشكلات التي تعوق أدائهم الاجتماعي ليتحقق لهم أكبر قدر ممكن من التوافق النفسي.

إلا أن الآراء قد تباينت حول أساليب تحقيق هذا الهدف أو بعبارة أخرى حول الأهداف العلاجية النوعية، فثمة آراء تركز على شخصية العميل كحجر الزاوية في عملية التدخل العلاجي لتنادي بتنمية شخصيته أو تقوية ذاته لتنهض بمسئوليات التوافق النفسي، بينما تركز أخرى على تحسين الظروف البيئية، لتقف ثالثة وسطاً بين التأثير في العميل وفي بيئته، لتقصر رابعة هذه الأهداف على طبيعة خدمات المؤسسة مهما كانت حاجة العملاء.

وتباين هذه الآراء لا يمثل تناقضاً يثير أحكاماً بالخطأ أو الصواب، بل هو تباين نسبي في وجهات النظر بين فئات مسرفة في المثالية وأخرى مسرفة في الواقعية بصورة تعكس الشقة القائمة بين النظرية والتطبيق.

ولكن الواقع أن خدمة الفرد ليست دائماً علاجاً لشخصية العميل، كما أنها ليست دائماً علاجاً لبيئة العميل ولكنها تنوع خدماتها فى مدار فسيح يستوعب كافة الظروف والاحتمالات فى إطار إمكانية المؤسسة ووظيفتها.

ومن ثم كان القول بهدف محدد عام للتدخل العلاجى فى خدمة الفرد أمر مناف للواقع حيث ثمة مستويات متباينة لأهدافها تتفق وظروف كل حالة وطبيعة المؤسسة نفسها.

ويمكن أن نحدد هذه المستويات المختلفة لأهداف التدخل العلاجى فيما يلى:

(١) تعديل أساسى فى شخصية العميل وظروفه البيئية:

وهو المستوى الأمثل الذى يعالج المشكلة علاجاً جذرياً يمكن العميل من مواجهة ظروفه القائمة وأية ظروف أخرى مستقبلة ويتحقق ذلك من خلال:

(أ) تنمية شخصية العميل باستثمار طاقاته المعطلة أو تخليصه من طاقاته الهدامة.

(ب) تعديل أساسى فى ضغوطه البيئية بصورة تقتلعها من جذورها. مثال: تلميذ يعانى تخلفاً دراسياً، ذكى ولكنه مضطرب الشخصية، تؤدى تصرفاته إلى سخرية زملائه منه بالفصل، يعيش مع زوجة أب تسىء معاملته، وأب يقسو عليه لأقل خطأ يرتكبه، أدى ذلك إلى ضعف تحصيله الدراسى وكراهيته للاستذكار.

فالهدف الأمثل للتدخل العلاجى هنا يتمثل فى تعديل أساسى فى شخصية التلميذ، وتعديل أساسى فى معاملة والده، وزوجة أبيه له، مع نقله من فرقته الحالية لتتحقق له أحسن الظروف الملائمة للتحصيل الدراسى

وللنمو الاجتماعى السليم الذى يجنبه مشكلات أخرى مستقبلا حيث تخلص نهائياً من ضغوطه الداخلية والخارجية معاً.

(٢) تعديل نسبى فى شخصية العميل وظروفه البيـئية:

وهو مستوى أكثر واقعية شائع تحقيقه فى الواقع الميدانى يخفف بالضرورة من حدة المشكلة وإن لم يحلها حلا جذرياً. وفى المثال السابق قد يقتصر الهدف العلاجى على التعديل النسبى لاتجاهات الأب وسلوك الابن مع تعذر تعديل استجابة زوجة الأب وعدم إمكان نقله من فرقته. ورغم ذلك فسيطرأ تحسن نسبى فى تحصيله الدراسى وإن كان ذلك لن يمنع ظهور مشكلات أخرى له مستقبلا.

(٣) تعديل كلى أو نسبى فى شخصية العميل:

ويشيع هذا الهدف فى الحالات التى تلعب شخصية العميل الدور الرئيسى فى المشكلة أو فى الحالات التى يتعذر كلياً تعديل البيئة المحيطة . ففى الحالة الأولى يكون الهدف هو تخليص العميل من طاقاته الهدامة مع استثمار قدراته البناءة. أما فى الحالة الثانية فيكون الهدف هو فى إكسابه قدراً من المناعة لتحمل ومعايشة الواقع المؤلم الذى يحيط به.

وفى المثال السابق قد يتعذر تعديل اتجاهات الوالد وزوجته نحو الابن ليتركز الجهد نحو تقوية ذات التلميذ ليتحمل فى صبر معاملتها له حتى يفرغ من دراسته وهكذا.

(٤) تعديل كلى أو نسبى فى الظروف البيئية:

وهو هدف يشيع عادة فى حالات المساعدة الاقتصادية ومع الأطفال المشردين وأصحاب العاهات والعاطلين ومن إليهم ممن تكون ظروفهم البيئية هى العامل الأساسى فى مشكلاتهم. فهم أسوياء ولكنهم يتطلعون إلى خدمات عملية أو بيئية يستعيدوا بها قدرتهم على مواجهة مطالب الحياة

والقيام بمسئولياتهم الاجتماعية وفى المثال السابق قد يتضح أن تخلف الطفل الدراسى قد ارتبط أساساً بمعاملة أسرته له لتتجه عملية المساعدة نحو الأسرة فقط دون الحاجة إلى تعديل ما فى شخصيته.

(٥) تثبيت الموقف تجنباً لمشكلات جديدة:

وهو مستوى أدنى لأهداف التدخل العلاجى يلجأ إليه عندما يستحيل التأثير فى أى من شخصية العميل أو ظروفه المحيطة رغم أنه هدف شبه سلبى إلا أن قيمته هى فى تجنب مزيد من التدهور فى الموقف. وأوضح مثال على ذلك حالة المريض عقلياً والميئوس من شفائه الذى يكون حجزه بالمستشفى مدى الحياة هو الأسلوب الوحيد لمساعدته تجنباً لمخاطر محتملة الحدوث مستقبلا. (١٤ : ٨، ٣٠)

وفى الواقع أن التحديد لأهداف التدخل العلاجى عملية هامة، إذ يمكن ـ بناء عليها ـ اختيار الأساليب العلاجية المناسبة، كما يمكن اعتبار مدى ما يتحقق من الأهداف بمثابة معيار فى عملية تقويم نتائج التدخل العلاجى. ويمكن للأخصائى أن يعتمد على المعايير والمحكات التالية عند تحديد أهدافه العلاجية:

أولا ـ مدى إيجابية الهدف:

لوضع هدف إيجابى مثل: بناء سلوك الأمانة أفضل من هدف سلبى مثل القضاء على سلوك السرقة، وهدف مساعدة التلميذ على المواظبة على الدراسة أفضل من وقف هروب التلميذ منها، وبناء أسلوب للتفاعل البناء بين الزوجين أولى من القضاء على المشاحنات والخلافات بينهما... وهكذا.

وبالطبع، يترتب على إيجابية الهدف إمكانية استخدام أساليب علاجية إيجابية ـ مقابل استخدام الأساليب السلبية – لتحقيق تلك الأهداف الموضوعة، فمثلا يمكن استخدام التدعيم الإيجابى لبناء سلوك الأمانة بدلا من استخدام أسلوب العقاب لسلوك السرقة.

ومن شأن إيجابية الأسلوب العلاجى أن تزيد من اهتمام العميل بالعلاج وإقباله عليه.

ثانياً ـ مدى فاعلية تحقيق الهدف فى تحقيق أهداف أخرى:

يجب على الأخصائى عند اختيار الأهداف التى سوف يعمل على تحقيقها ـ بالنسبة لتدخله العلاجى ـ أن يختار الأهداف التى من شأن تحقيقها أن تؤدى ـ بشكل غير مباشر ـ إلى تحقيق أهداف جانبية أخرى، مثال ذلك إذا كان الهدف الموضوع هو تعلم الأم القواعد السلوكية التى يمكنها تطبيقها لوقف السلوك العدوانى لطفلها، فلا شك أن مثل ذلك التعلم، سوف يقلل من كمية التنبيه والتوضيح الأخرى التى تلزمها كى يمكنها التعامل مع مشكلات سلوكية مماثلة لأخوة هذا الطفل.

ثالثاً ـ مدى فاعلية تحقيق الهدف فى إحداث تغيير سريع:

الأهداف المنتقاة يجب أن يكون من شأنها تحقيق تغيير سريع ما أمكن. فلو تصورنا شخصاً يشكو من كافة مظاهر حياته الأمر الذى جعله يفكر فى الانتحار، فإحداث تغيير فورى فى موقف العميل فى العمل مثلا من شأنه أن يريحه لفترة غير قصيرة من الوقت هى فترة تواجده فى العمل، كما يثير فى نفسه الأمل بإمكانية حدوث تغييرات مماثلة فى سائر جوانب حياته. (١٧ : ٨٣، ٨٤)

وبالإضافة إلى ما سبق، يجب أن يراعى الأخصائى عند تحديد أهدافه العلاجية الأسس التالية:

١ ـ إن من مهام الأخصائى مساعدة العميل على الارتقاء إلى مستوى أعلى من حيث تفهمه لذاته وتقبلها. وأن الإنسان ليس بوسعه تغيير نفسه ما لم يتقبل ذاته على ما هى عليه أولا. ويعنى تقبل الذات أن يسعى الشخص إلى تذليل الفارق بين الذات المثالية التى يسعى إلى تحقيقها، وبين الذات الواقعية بما فيها من عيوب وأوجه قصور.

٢ ـ إنه يجب اختيار أهداف العلاج الخاصة بكل عميل وفقاً لحاجاته الحقيقية وليس وفقاً لحاجات الأخصائى.

٣ ـ إن الأهداف العلاجية قد تختلف من عميل إلى آخر. ففى بعض الحالات يكون الهدف هو تحسين مستوى توافق العميل مع بيئته والارتقاء به إلى مستوى أفضل. ويعنى ذلك أن الهدف قد يتجه نحو تخليص العميل من أعراض الاضطرابات ومساعدته على التوافق مع بيئته الحالية عن طريق تنفيس الشحنات الانفعالية الحبيسة (الإفراغ الوجدانى) ، بينما قد يتجه الهدف فى حالة ثانية إلى تنمية وعى العميل واستبصاره، وتخليصه من أسباب الاضطراب أو من الضغوط النفسية، ومساعدته على تعديل مفهومه لذاته بشكل مطابق للواقع ومتفق مع قدراته واستعداداته (١٨ : ٥٥)

مستويات التدخل العلاجى:

ثمة ثلاث مستويات متدرجة من حيث مدى اتساع مستوى التدخل العلاجى من جانب أخصائى خدمة الفرد وعدد من يتعامل معهم أو يسعى للتأثير فيهم. وهذه المستويات الثلاث هى: (١٧ : ٨٥، ٨٦)

(١) المستوى الفردى المباشر:

وهو المستوى الذى يتدخل فيه الأخصائى مع العميل مباشرة مستخدماً تفاعله معه لإحداث التعديل المطلوب.

(٢) مستوى البيئة الاجتماعية الصغيرة للعميل

Microsocial Environment

وهنا يركز الأخصائى جهوده على بيئة العميل ـ وأسرته بالذات ـ حيث يسعى الأخصائى إلى تغيير هذه البيئة بحيث يصبح لها أكبر قدر من

الخصائص التى تشابه الشروط المرتبطة بالعلاج بمعنى أن تصبح خصائصها مودية إلى سلوك توافقى، بدلا من خصائصها غير المرغوبة والتى أدت سابقاً إلى اضطراب السلوك، وسوء التوافق الذى من أجله وصلت الحالة إلى المؤسسة.

ولاشك أن ذلك هو أنسب مستوى للعلاج وهو المكان الطبيعى له، فضلا عن نتائجه ذات الطبيعة الاستمرارية فى حياة العميل، وهنا يتعامل الأخصائى مع وسطاء للتغيير فى حياة العميل.

وهذا النوع من التدخل يكاد يشمل الغالبية العظمى من المشكلات التى تتعامل معها خدمة الفرد بصفة عامة، وهى التى تشمل المواقف التى يتدخل فيها الأخصائى مع أسرة العميل أو مدرسته أو مقر عمله.. إلخ بهدف إحداث تغييرات توافقية مطلوبة فى شخصية العميل وموقفه الإشكالى. مثل تدخل الأخصائى مع الوالدين لتعديل استجابات الأبناء، أو تدخله مع المدرسين لتعديل استجابات التلاميذ أو مع مدير المصنع لمعونة عامل على إصدار استجابات سلوكية أكثر توافقية، أو مع أسرة كفيف لتدريبه على الحركة والانتقال والقيام بشئونه الخاصة دون معاونة... وهكذا.

(٣) المستوى المجتمعى: Macrosocial Environment

وهو المستوى الذى يبذل فيه أخصائى خدمة الفرد جهوده على مستوى جماهيرى، فمثلا عندما يشعر أخصائيو خدمة الفرد بتفشى مشكلة سلوكية معينة كمشكلة تعاطى العقاقير المنبهة من جانب الطلاب قرب نهاية العام الدراسى فمن الممكن تناول هذا الموضوع من خلال المقابلات الجماعية أو الندوات ... إلخ. تعليماً للطلاب لوسائل بديلة تساعدهم على الاستذكار بدلا من تعاطى العقاقير، أو يمكن لهم تعليم الآباء والأمهات لأساليب تنشئة الأطفال، أو مواجهة المشاكل المالية للأسرة وهكذا.

تكنيكات التدخل العلاجى

فى الواقع إن الموقف الإشكالى الذى يعانى منه العميل يتكون من جانبين أساسيين أحدهما الجوانب الذاتية الخاصة بالعميل والتى تتصل اتصالا مباشراً بجوانب شخصيته الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، ودائماً ما تكون هذه الجوانب متداخلة ومتفاعلة ولا يمكن الفصل بينها، أما الجانب الآخر فهو الذى يتمثل فى بيئة العميل التى يعيش فيها سواء كانت بيئته الداخلية كالأسرة أو بيئته الخارجية كالمدرسة أو العمل أو الجيرة أو الأصدقاء وما إلى ذلك، من الجوانب البيئية التى تمثل ضغوطاً خارجية على العميل بالإضافة إلى الضغوط الداخلية النابعة من ذاته.

ولذلك كان لزاماً على الأخصائى أن ينصب تدخله العلاجى على هذين الجانبين (الشخصية والبيئة معاً).

ورغم الاتفاق التام على تكنيكات التعديل البيئي بين مختلف الكتاب، إلا أن وجهات النظر قد اختلفت حول أساليب العلاج الذاتى سواء بين كتابنا العرب أو بين كتاب الغرب، لتظهر أمامنا قاعدة عريضة من الأساليب المتعددة بل والمتباينة.

ولعل أحدث تصنيف لتكنيكات التدخل العلاجى فى خدمة الفرد هو تصنيف فلورانس هوليس F. Hollis وفيه استخدمت الأساليب العلاجية الآتية:

أولا ـ الأساليب العلاجية المباشرة: Direct Treatment

وتتضمن هذه الأساليب:

(١) أساليب تدعيمية: Sustaining Procedures

وتتضمن جميع المحاولات التى يقوم بها الأخصائى لتدعيم ذات العميل، وذلك عن طريق استخدام تكنيكات:

ـ الطمأنة والتوكيد Reassurance.

ـ التعاطف والاهتمام والفهم Sympathy, Interest and Understanding

(٢) أساليب للتأثير المباشر: Procedures of Direct Influence

وهذه تمثل تعبير الأخصائي (بكيفية ما) عن رأيه بخصوصه نوع التحرك Action الذى ينبغى أن يقوم به العميل. وذلك يتم عن طريق استخدام:

ـ النصح Advice.

ـ الإيحاء والسلطة (الأوامر) Orders and Suggestion

(٣) أساليب للإفراغ الوجدانى: Procedures of Ventilation

وتنطوى على استخدام أساليب من شأنها تشجيع العميل على التعبير عن مشكلاته. بمعنى الفضفضة عن ذكرياته ودوافعه الحبيسة والمشحونة بالانفعالات العميقة، ويمكن أن يطلق على هذه العملية التطهير الانفعالى Catharsis عن طريق التشجيع والتقدير.

(٤) أساليب تحتوى على «رؤية تأملية شاملة للعميل وموقفه»:

Reflective Consideration of the Current Person Situation Configuration

وتنصب هذه الأساليب على المناطق الآتية:

ـ **الموقف** Situation ويشتمل على أساليب تستدعى تأمل العميل لموقفه، ومحاولة فهمه فهماً موضوعياً ـ وتأمل طبيعة الظروف والحوادث المحيطة والتى يكون على اتصال بها.

ـ **التصرفات والقرارات والنتائج المترتبة** Decisions and Consequence ويتعلق هذا القطاع بتفكير العميل وتصرفاته الفعلية والمتوقعة، وأثر هذه

التصرفات على الآخرين ونفسه. كذلك يتعلق بفهم ومناقشة الخطط والأساليب التى يستخدمها العميل بالنسبة للموارد والعلاقات.

- **الدراية الداخلية، المشاعر والاستجابات والتصرفات المرضية:** Inner Awareness - Responses- Distortions تتجه الأساليب إلى عالم العميل النفسية الداخلية لمناقشة مشاعره مناقشة هادئة، ودراسة اتجاهاته الفكرية ومعتقداته لموقفه الراهن، وتشجيعه على فحص العوامل المؤثرة على الموقف، كذلك دراسة سلوكه وسلوك الآخرين نحوه ومدى واقعية وصحة التصرف من الجهتين.

- **استجابات العميل نحو الأخصائى والعلاج:** Reactions to the Worker and to Treatment ويحتوى هذا الجزء على أساليب لتشجيع العميل على فحص استجاباته نحو الأخصائى والمؤسسة أو نحو أسلوب العلاج، مع ضرورة تفسير وتوضيح طبيعة العلاج واتجاه المؤسسة.

(٥) أساليب تحتوى على «رؤية تأملية فى أنماط الشخصية والسلوك وتفاعلهما الدينامى»

Reflective Consideration of Patterns of Personality and Behavior and Their Dynamics

عن طريق هذا الأسلوب يساعد العميل على تأمل ورؤية بعض العوامل النفسية التى تتولد عنها استجاباته وتصرفاته. ويتم ذلك عن طريق استخدام الأساليب التالية:

- التفسير Interpretation.
- البصيرة Insight.
- تغيير الاتجاهات Attitude Changing

(٦) أساليب تحتوى على «رؤية تأملية للماضى وتأثيره على حاضر العميل:

Reflective Consideration of The Past and Its Effect on Current Fnrctioning

ويركز العلاج على مساعدة العميل على استعراض التاريخ التطورى للعوامل المسببة، والربط بين العوامل المؤثرة والتصرفات والسلوك، ويستخدم فى هذا النطاق الأساليب التالية:

- التحويل Transeference.
- التقمص Identification

ثانياً ـ الأساليب العلاجية غير المباشرة : Indirect Treatment

وتنطوى هذه الأساليب على ما يسمى بالعلاج البيئي Environmental Treatment وتتضمن :

- **المساعدات المادية** Material Side ويقصد بها المساعدات المادية المقدمة للعميل كجزء من الخطة العلاجية.
- **العمل مع الأفراد الآخرين المتصلين بالعميل:** لتخفيف الضغوط الواقعة على العميل الموجودة فى الأفراد المؤثرين على الموقف باستخدام أساليب العلاج المباشر.

ومن هذه التصنيفات العلاجية المعاصرة أيضاً والتى ترمز إلى مرحلة علمية من مراحل خدمة الفرد:

- **تصنيف عبد الفتاح عثمان:**

وفيه قسم أساليب العلاج إلى قسمين هما: (١ : ٢٦٤)

(١) **العلاج الذاتى:** ولقد تم تقسيمه إلى ثلاث وحدات مختلفة تحقق

أهدافاً مميزة قدر الإمكان رغم إيمانه بالتداخل الحتمي بين الأهداف ذاتها. وهذه الأهداف ووسائلها هي كما يلي:

أولا : تدعيم الذات (المعونة النفسية) وأساليبها هي: العلاقة المهنية + التأكيد + التعاطف + المباشرة + الإفراغ الوجداني.

ثانياً: تعديل الاستجابات وأساليبها: العلاقة المهنية + الإيحاء + النصح + السلطة + التحويل + التقمص .

ثالثاً : تعديل السمات وأساليبها: العلاقة المهنية + أساليب تكوين البصيرة وهي الاستدعاء والتفسير والاستبصار.

ـ أساليب التعليم وهي: الاستثارة + التوضيح + الإقناع + التدعيم.

ـ التعميم.

(٢) **العلاج البيئي**: وينقسم إلى:

ـ خدمات مباشرة . ـ خدمات غير مباشرة.

وأخيراً، وبعد كل ما قدمناه من تصنيفات للتدخل العلاجي في خدمة الفرد من العسير أن نعرض تصنيفاً مقنناً لتكنيكات التدخل العلاجي يسد كل الثغرات أو يجيب على كل التساؤلات.

فالتكنيك أو الأسلوب يمكن أن يكون هدفاً، والهدف يمكن أن يصبح أسلوباً بل إن عدم الاتفاق على معاني المصطلحات العلمية يضيف مشكلة أخرى. ورغم هذا فإنه يمكن تحديد نوعي العلاج وتكنيكاته على النحو التالي:

أولا ـ العلاج الذاتي: يوجه هذا النوع من التدخل العلاجي نحو ذات العميل بهدف تدعيم قدرة الذات على أداء وظائفها. وينقسم العلاج الذاتي إلى قسمين:

١ ـ تدعيم الذات (العون النفسي) Psychological Support : لإزالة

الضغوط النفسية المصاحبة للموقف الإشكالى، والتى لابد من التخلص منها ومن اثارها أولا حتى يستجيب العميل للعمليات العلاجية التعديلية.

ومن التكنيكات التدعيمية للذات:

ـ توكيد الذات.

ـ التعاطف أو تقدير المشاعر Sympathy

ـ المبادرة Supportive Gift.

ـ الإفراغ الوجدانى Ventilation

٢ ـ تعديل الذات (تعديل الاستجابات والسمات): وذلك بإحداث تعديل جذرى فى بناء الشخصية أو تعديل نسبى فى بعض جوانبها العارضة.

ومن التكنيكات التعديلية للذات أو النمط الدائم للشخصية:

ـ الإيحاء Suggestion

ـ النصح Advice.

ـ الضغط (التشديد) Advocating

ـ السلطة (الأوامر) Orders

ـ التحويل Transference

ـ التقمص Identification.

ـ تكوين البصيرة Developing Insight

ثانياً ـ العلاج البيئى:

وهو الذى يتناول الظروف والإمكانات المحيطة بالعميل بهدف التخفيف من حدة الضغوط المحيطة به، والمساعدة على سير العلاج الذاتى له. ولتحقيق ذلك فثمة جانبين هامين هما:

١ ـ التعديل البيئي Modifying the Environment..

٢ ـ العون البيئي «وتجنيد الإمكانات البيئية» Environmental Support.

وفى الواقع إن **العلاقة المهنية** Professional Relationship تحتل مكاناً متميزاً فى العلاج فى اتجاه سيكولوجية الذات إذ تعتبر بمثابة الشريان الرئيسى الذى تعتمد عليه فعالية جميع التكنيكات العلاجية، حيث يتحقق من نموها تدعيماً لذات العميل وتخفيفاً لتوتراته ومشاعره السلبية والمرتبطة بموقفه الإشكالى ـ كمشاعر الذنب أو النقمص أو القلق ... إلخ ـ وتعديلاً لاستجاباته واتجاهاته لما توفره من عوامل أمن وثقة فى الأخصائى وبقدراته ومهاراته، وثقة فى نفس الوقت فى تعاطفه والاهتمام به مما يؤدى إلى نجاح عملية المساعدة. (١ : ١٣٠٦)

ولا تعدو الحقيقة إذا قلنا أن الأخصائى لا يكاد يملك وسيلة غيرها لإحداث التعديل المرغوب فى الشخصية أو البيئة، بل لا يستطيع الأخصائى أن يحقق أهداف خدمة الفرد بدونها، فهى ـ على حد تعبير بياستك Bies-tek بمثابة الروح لخدمة الفرد، بينما عملياتها (من دراسة وتشخيص وعلاج) هى جسم خدمة الفرد، وأن الروح هى التى تسرى فى هذه العمليات وتحركها (٢٠ : ٥). ولذا تعتبر العلاقة بين الأخصائى والعميل بمثابة الشريان لعملية المساعدة فى خدمة الفرد، فمن خلالها تتدفق مهارات التدخل من دراسة وتشخيص وعلاج. وما يتم من خلالها من تفاعل دينامى للاتجاهات والمشاعر بين الأخصائى والعميل يمكن معه من خلق مناخ مناسب يؤدى إلى تنمية شخصية العميل، والوصول إلى أفضل حل ممكن لمشكلاته، ومن ثم مساعدته على تحقيق أفضل توافق بين نفسه وبين بيئته. (٢١ : ١٤٠).

ومن الأهمية أن نشير إلى أن طبيعة هذه العلاقة التى تنشأ بين الأخصائى والعميل ذات طابع خاص مميز، أنها تختلف كل الاختلاف عن

كل ما سبق أن مارسه العميل من علاقات اجتماعية، فهى ليست علاقة وجدانية متحيزة، وليست علاقة نفعية مسيطرة... إلخ. بل هى نمط فريد من العلاقات تسودها عاطفة عاقلة أو عقل متعاطف، تلتزم بأسلوب مهنى هادف، وتضع فى اعتبارها الفروق الفردية بين العملاء، ولذا فهى لا تستخدم بمستوى ثابت مع جميع العملاء ولكن يراعى الظروف الفردية الخاصة بكل عميل على حدة وفقاً لقدراته وإمكاناته وما يعترضه من مواقف إشكالية. (٢٢ : ٤٨)

ومن ثم تتدرج فى مستويات رئيسية هى:

(أ) **علاقة تدعيمية** Sustaining: وهى تهدف إلى توفير مناخ مناسب يساعد على إتمام عملية المساعدة، من خلال تعاطف الأخصائى الاجتماعى مع العميل واحترامه والاعتراف به كإنسان كى نوجد عنصر الثقة الذى يشجع على التعاون والاستجابة لجهود الأخصائى الاجتماعى فضلا عن أنه يجعله أكثر طواعية لتنفيذ خطة العلاج.

وبوجود هذا المناخ يساعد الأخصائى الاجتماعى عميله ليتمكن من استخدام الإمكانات والقدرات المتاحة فى الموقف... وهذا المستوى من العلاقة يستخدم فى الحالات التى يحتاج فيها العميل إلى الدفء والتوجيه البسيط كما فى الحالات الاقتصادية.

(ب) **علاقة تأثيرية** Effective: وهى علاقة تتميز بعمق عنصرى الحب والسلطة معاً. والسطة هنا لا تعنى إطلاقاً السيطرة، وإنما هى سلطة والدية تحب ولا تكره، تمارس خلالها عمليات التدعيم والتنبيه والتوجيه، بل والإثارة واستدعاء القلق أحيانا لتكون دافعاً نشطاً لتعديل سلوك العميل أو التأثير لمواجهة الموقف.

(ج) **علاقة تصحيحية** Correctional: وتستخدم مع المضطربين نفسياً،

وسلوكياً بهدف تعديل اتجاه خاطئ عند العميل كما يحدث عندما يسعى الأخصائى الاجتماعى إلى تصحيح اتجاهات عدائية لدى العميل تجاه جنس معين أو فئة خاصة من الناس من خلال ما يبذله الأخصائى الاجتماعى من استجابات تختلف عن تلك التى يتوقعها العميل نتيجة خبراته السابقة غير المشبعة فى مواقف الحياة فيبدأ فى تعديل اتجاهاته فالزوجة التى ارتبطت حياتها مع زوجها بخبرة قاسية جعلتها تعتقد أن الرجال جميعاً على نفس هذا النمط يمكن أن تتعدل اتجاهاتها نحو الرجال إذا تبينت من خلال العلاقة المهنية التقويمية التصحيحية أن هناك اختلافاً عما كانت تعتقده، وبالتالى تحيد عن اتجاهاتها الخاطئة التى كانت سبباً فى سوء العلاقات الزوجية، والعميل الذى يخشى الناس ويتهيبهم الأمر الذى يؤدى به إلى مشاكل كثيرة، ومن ثم تكون العلاقة المهنية خبرة لازمة لتعديل أو تصحيح اتجاهاته نحو الغير واكتسابه الثقة فى قدرته على الارتباط بالآخرين. (٢٣ : ٥٣، ٥٤)

وفيما يلى نستعرض تكنيكات التدخل العلاجى بنوعيه الذاتى والبيئى.

العلاج الذاتى:

هو الجهود الموجهة مباشرة نحو ذات العميل لتقويتها ليتمكن من التوفيق بين الاستجابة لمطالب هذه الذات ومطالب المجتمع بصورة إيجابية. وتهدف تنمية ذات العميل إلى نهوضها بوظائفها على النحو المرجو مما يحقق توافقه النفسى واتجاه سيكولوجية الذات فى خدمة الفرد يركز على الذات الشعورية كحجر الزاوية فى تقويم الشخصية وتعديلها. (٢٣ : ٥١)

ولخدمة الفرد فى هذا النطاق عدة عمليات وتكنيكات علاجية نستعرضها فيما يلى:

أولاً ـ تدعيم الذات (العون النفسى) : Psychological Support

العون النفسى هو عملية مؤازرة أو مساندة نفسية للعميل الهدف منها مساعدته على الخروج من دائرة الضغط النفسى المرتفع . وذلك بتقليل المشاعر والوجدانات السلبية وتخفيف الآلام النفسية كالشعور بالنقص والفشل والقلق، والتوتر والاضطهاد والمخاوف المختلفة، وتقوية المشاعر والاتجاهات الإيجابية كالثقة بالنفس والتفوق واعتبار الذات والأمل الذى يدفع إلى النشاط الاجتماعى المرغوب، وغالباً ما يكون فى موقف الأخصائى من العميل فى العلاقة المهنية والمنطوى على المؤازرة النفسية والقبول فرصة لتخفيف العوامل النفسية الهدامة التى تعوق عمل الطاقات الإيجابية المنتجة، وبذلك يمكن إكساب شخصية العميل شيئاً من القوة والكفاية لأنها تكون فى حالة ضعف من تأثير ما واجهته من صعاب عجزت عن حلها وسعت من أجلها لطلب المساعدة، وعندما يعود إلى العميل شىء من التوازن النفسى يكون أكثر استعداداً لتقبل واستجابة العمليات العلاجية التعديلية. (٢ : ٣٨١)

ويعتمد تدعيم الذات (العون النفسى) على التكنيكات العلاجية الآتية:

(١) توكيد الذات:

وهو أسلوب تدعو إليه حالات خاصة تنتاب العميل فيها أحاسيس ومشاعر حادة من القلق أو الخوف أو الفزع أو الانهيار أو الألم أو الذنب. هذه المشاعر وغيرها تفقد الإنسان الإحساس بالأمن والسعادة مما يؤدى إلى يأسه نتيجة الاهتزازات التى صدعت الذات فأصبحت غير قادرة على أن تنظر إلى المستقبل نظرة آمنة.

وقد يؤدى ما تعانيه الذات من مشقات إلى خمود الطاقة الفعالة فى نفسه، الأمر الذى يدفعه إلى الإحساس بالنقص نتيجة عملية المقارنة اللاإرادية

التى نمت تلقائياً بين حالته وبين غيره من الناس، فهو يجد نفسه مدفوعاً إلى التفكير فى عجزه والإحساس به، مما يدفعه إلى التصرف وكأن على عينه غشاوة أو كأنه لا يملك من أمر نفسه شيئاً، وهذه الصور من اهتزاز الشخصية تظهر تحت تأثير ضربات الصعوبات التى يلقاها الإنسان فتفقده الثقة بنفسه مما يصبح فى حاجة إلى إعادة تأكيد ذاته.

وتوكيد الذات يعنى إعادة الثقة بالنفس الأمر الذى يحتاج من الأخصائى إلى مساعدة العميل على مواجهة الموقف بشجاعة واحتمال قدر معقول من الألم، مع تعديل نظرته السلبية للأمور إلى نظرة إيجابية. وإثارة إرادته لتحدى كل عقبة تعترض طريقه دون استسلام. (٣: ٤٣١)

هذا مع مراعاة أن يكون الأخصائى ـ عند ممارسته لهذا الأسلوب ـ موضوعياً وليس خيالياً، فهو يمنح الأمل ولا ينكر الخطورة. (١: ٢٦٦)

(٢) التعاطف (تقدير المشاعر) Sympathetic Attiude

التعاطف اتجاه وجدانى يمارس بتركيز خاص فى مواقف معينة يعانى العميل فيها موقفاً أليماً مما يثير فيه أحاسيس نكوصية متباينة كالبكاء أو الميول الطفلية. ولا شك أن مثل هذه المواقف تتطلع إلى لمسة عاطفية أو تعبير حسى أو كلمات دافئة من الأخصائى ـ مما يهيئ للعميل استعداداً للاستجابة للعلاج ـ وهى نزعات طبيعية نحسها جميعاً عند مواقف الألم والتوتر فنحن نكون أكثر شوقاً إلى هذه المشاعر وهذه العواطف متناسين إلى حين لغة العقل والمنطق، فلغة العاطفة هى التى نحب أن نتعامل بها خلال هذه الفترات العصيبة.

ويلاحظ أن هذا الأسلوب رغم طابعه الوجدانى الغالب إلا أنه ليس «مشاركة وجدانية» بمفهومها السلبى.

فالأخصائى لا يبادل العميل حزناً بحزن أو قلقاً بقلق.. لكنه يبدى

تفهماً وتقديراً متعاطفاً لحزن أو قلق وفى نفس الوقت يفتح المجال لبعد علاجى جديد كمن يقول له «مشاعرك مقبولة محل تقدير ولكن... ما الذى نستطيع أن نفعله سوياً». (١٤ : ١٢٤، ١٦٦)

وفى الواقع أن تقدير شعور العميل يساعد على اطمئنانه إلى الأخصائى إلى أنه قادر على تفهم حقيقة إحساسه وهذا يشجعه على التعبير عن حقيقة مشاعره فى المواقف المختلفة. كما أنه يساعد العميل على عدم إخفاء بعض جوانب الضعف أو المعلومات فى الموقف لإحساسه بحرارة علاقته مع الأخصائى . لأنه يشعر العميل بأنه بين أيدى تستطيع تناول أموره بما يستحق من اهتمام. (٣: ٦٩)

بينما المشاركة الوجدانية قد تشعر العميل باهتمام الأخصائى الشديد بموقفه وتدفعه إلى التأثير بتكرار مواقف الألم التى تستثير انفعال الأخصائى والعطف عليه. ولكنه بينه وبين نفسه يشعر بتفاهة الأخصائى الذى تؤثر عليه مثل هذه المواقف. لأن العميل فى التجائه إليه يحاول أن يستمد منه قوة تساعده على استعادة ثقته بنفسه. فإذا بدا من الأخصائى هذا الضعف يشعر العميل بأنه غير أهل ليكون مصدر المساعدة له. ولكن تقدير شعور العميل يشعره بأن الأخصائى مقدر لجوانب الضعف فيه.

(٣) المبادرة Supportive Gift

المبادرة أسلوب يمارس مع العملاء النافرين أو المتباعدين أو الخائفين من الارتباط بالغير حيث قد يقوم الأخصائى بجهود خاصة لجذب العميل إلى طلب المساعدة أو الأستمرار فى طلبها. وعادة ما تمارس مع الأطفال أو الأنماط الخائفة أو العدوانية فاقدة الثقة فى الآخرين. وقد تكون المبادرة هدية بسيطة للطفل أو زيارة للسجين فى زنزانته. بشرط عدم تكرارها إلا عند الضرورة الملحة. (١ : ٢٦٦)

(٤) الإفراغ الوجدانى: Ventilation

يعرف الإفراغ الوجدانى أحياناً باسم «التنفيس أو التطهير الانفعالى» Catharsis وهو إجراء هام فى العملية العلاجية.

والإفراغ الوجدانى يقصد به التنفيس عن المواد والخبرات المشحونة انفعالياً. ويتضمن تفريغ العميل ما بنفسه من انفعالات. أى أنه يعتبر بمثابة تطهير للشحنات الانفعالية، وتفريغ للحمولة النفسية والتى تعتبر فى حياة العميل كجمرة النار فى يده، وكالشوكة فى قدمه. يجب أن يخرجها أولا وبأسرع ما يمكن ويطهر مكانها حتى يستطيع أن يتعامل مع الناس وأن يشق طريقه فى الحياة.

ويمكن تشبيه عملية الإفراغ أو التنفيس الانفعالى بعملية التحنيط أو سحب الروح أو الشحنة الانفعالية من الخبرة المخيفة فتصبح غير مخيفة، إن الخبرة الانفعالية المتربصة بالعميل مثلها كمثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد، أما عندما تفرغ أو تطهر من الشحنة الانفعالية فإنها تكون مثل الحيوان المحنط، كان وحشاً مفترسا يخيف فعلا، ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وتحنيطه فأصبح مع وجوده معنا لا يخيف، وهكذا يعد التنفيس الانفعالى وسحب وتنفيس وتفريغ وتطهير الشحنة الانفعالية من الخبرة المؤلمة أو المشكلة المؤلمة يمكن للعميل أن يتذكرها ويتكلم عنها دون قلق أو خوف. (٨: ٢٥٨)

ومما يساعد على نجاح عملية الإفراغ الوجدانى التزام الأخصائى بثمة شروط وأساليب فنية هى:

١ ـ توثيق العلاقة المهنية، مما يساعد على تقليل المشاعر السلبية الهدامة. كالشعور بالنقص والفشل والنبذ والاضطهاد، حيث يلمس العميل اهتمام الأخصائى به واحترام آرائه وتقبل وجهات نظره ورغبته الجادة

في مساعدته للتغلب على الموقف السيء المحيط به أو التفوق فى كسب معركة التحدى وسط الصعاب.

ومن المعروف أن الآمان فى العلاقة المهنية يمنح العميل قوة وتفوقاً وأملا فى قهر المشاعر السلبية. (٢ : ٣٨٣)

(٢) تهيئة مناخ نفسى مناسب، خال من الرقابة يتيح فرصة اختفاء حيل الدفاع النفسى.

(٣) إتاحة الفرصة أمام العميل للتحدث فى تداع وترابط طليق عن كل ما يجول بخاطره، عن صراعاته وإحباطاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحى قلقه وأنماط سلوكه المنحرف فى إطار من حسن الإصغاء، وتشجيع التعبير عن النفس والتعاطف معه، والاهتمام به، وفى جو نفسى دافئ آمن خال من الإدانة واللوم والعقاب.

(٤) الشرح والتفسير وتوضيح الحالات الانفعالية بما يتيح الفرصة أمام العميل لكى يرى هو نفسه وما يلون سلوكه من انفعالات. (٨ : ٢٥٩)

(٥) الاستجابة المناسبة لمشاعر العميل: سواء السلبية منها أو المتناقضة أو الموجهة للأخصائى ذاته. (٧: ٤١٢، ٤١٣)

(أ) الاستجابة للمشاعر السلبية:

على الأخصائى أن يساعد العميل على أن يبرز شعوره بالمواقف العدائية ككراهيته لرئيسه مثلا أو لأبيه، وقد تتطور هذه المشاعر السلبية حتى تتجه إلى العميل نفسه أحياناً، أو إلى الأخصائى أحياناً أخرى، وفى هذه الحالة يجب بالأخصائى أن يستعمل من الفن ما يجعل هذه الأحاسيس والمشاعر تتغير فى صورة واضحة، دون أن يتحيز إلى أى ناحية، وأن يجعل العميل يشعر بها، لأنه لابد أن يمثل معه دور المرآة التى مهمتها إظهار شخصية العميل كما

هى أمام عينيه، وألا يقف منه موقف المدافع عنه، عطفاً عليه، أو موقف المدافع عن نفسه،رغبة فى تبرير سلوكه. كثيراً ما يشعر العميل بأنه غير ذى قيمة، وأنه غير مستقر، وأنه متواكل، وغير أهل للحب، وغير قادر على المواءمة بينه وبين غيره، ولذلك يعبر عن جميع المشاعر السلبية التى يشعر بها هو نفسه، وفى أغلب الأحيان يلجأ إلى التخفيف من حدة مبالغة العميل فى هذا الاتجاه، إلا أن هذه الوسيلة لا تعتبر علاجاً نفسياً سليماً، لأن العميل يجب أن يعرف نفسه كما هى. كما يجب عليه أن يواجه هذه المشاعر بصراحة تامة، وأن يعترف بأن هذه هى صفاته، وكل ما يفعله الأخصائى أن يعاون العميل على التقدم فى العلاج حتى يحس بأنه ليس شاذاً، وبذلك يدرك نفسه بشكل أكثر اطمئناناً.

(ب) الاستجابة للمشاعر المتناقضة:

يصطدم الأخصائى أحياناً ببعض المشاعر المتعارضة التى تبدو متناقضة أكثر منها متفقة، كأن يبدو على العميل أنه يكره والده جداً، ولكنه فى الوقت ذاته يقوم بخدمته ورعايته، أو يريد أن يستقيل من المصنع الذى يعمل فيه، وفى الوقت ذاته يحب زملاءه فى المصنع، وهكذا. فمثل هذه المشاعر المتناقضة يجب أن يهتم بها الأخصائى، لأنها هى نفسها مفتاح لأنواع الصراع التى تدفع بالعميل إلى مواقف عدم الملاءمة. وكلما أمكن إظهارها فى مواقف العلاج المختلفة كلما استطاع العميل أن يصل إلى درجة عالية من التقدير الصحيح الواقعى لعلاقاته بالآخرين، وإذ ذاك يجد نفسه قد تخلص من أنواع الصراع النفسى التى كان لا يفهمها قبل ذلك.

(ج) مشاعر العميل تجاه الأخصائى:

فى أثناء الموقف العلاجى، قد يحدث أن يظهر العميل بطريقة ما مشاعر معينة نحو الأخصائى، بعضها سلبى والبعض الآخر إيجابى، وفى هذا

المقام يستطيع الأخصائى أن يتناول هذه المشاعر بشكل مفيد إذا استطاع أن يعترف بهذه الحقيقة، وهى أن التعبيرات غير موجهة نحوه كفرد، ولكنها موجهة نحو خبرة العلاج من حيث أنه يحدث فى بعض الأحيان إيلاماً أو لذة للعميل تنتج خلال تلك الفترة.

ومن رأينا أن الأخصائى يجب أن يقبل هذه المشاعر على أنها ليست أكثر من جزء موقت من الموقف العلاجى كله، ومن الأدلة التى نستطيع أن نسوقها أن هناك مشاعراً سلبية عدائية نحو العلاج، ما يبديه العميل من تأخره عن المواعيد، أو الرغبة فى إنهاء المقابلة قبل الموعد، وما إلى ذلك.

ولاشك أن مثل هذه المشاعر السلبية لعملية العلاج عامة ترجع إلى ما تسببه العملية من شعور بالألم عندما تؤدى إلى إعادة المشاعر المؤلمة إلى الظهور فى الشعور أو ترجع إلى أن العميل أصبح يشعر بالضيق، لأن الإجراءات المطلوب منه القيام بها لحل مشاكله أصبحت أصعب مما يحتمل، وحينئذ يكون موقف الأخصائى هو نفس الموقف الذى يقفه من المشاعر السلبية دائماً، وهو ترك الحرية للعميل لكى يعبر بصراحة عن مشاعره.

وتأسيساً على ما سبق، يتبين لنا أن القيمة التى تقرر أهمية الإفراغ الوجدانى أو التعبير عن المشاعر واضحة، فمن خلال هذه العملية (٧: ٤١٥) يحصل العميل على راحة وجدانية من مشاعره التى يكظمها، فهو رغم أنه لا يظهرها إلا أنه يعيش فى مجالها النفسى. ومن الممكن ملاحظة الراحة الجسمانية والراحة من التوتر الفسيولوجى الذى يصاحب التفريغ، فما يلبث العميل أن يتحرر من تلك المشاعر التى تخلق له التوتر، وهذا يجعله أكثر ارتياحاً وأكثر استقراراً فى نظرته لنفسه ولمواقفه. والحديث عن مشاكل الفرد فى جو تصبح فيه المواقف الدفاعية غير لازمة يجعل من الممكن توضيح الموقف الذى لا بد أن يفعله ويتخذه، وليس هذه فحسب، بل إن العميل يفهم نفسه فهماً صحيحاً، فإنه عندما يتكلم بحرية عن نفسه يصبح

قادراً على أن يواجه النواحى العديدة من نفسه دون تبرير أو إنكار، فهو يواجه ما يحب وما يكره، ويواجه مشاعره العدوانية، كما يواجه مشاعره الإيجابية، ويواجه رغبته في الاتكال ورغبته فى الاستقلال، وأهدافه الحقيقية والخيالية على السواء، لأنه فى وسط ضغوط الحياة وصراعها لا يتسنى له ذلك، فهناك ولاشك جهة دفاعية لابد له أن يحتفظ بها فى كل وقت، ولكنه فى مواقف العلاج يتحرر من كل ضرورة تجعله يقف موقفاً دفاعياً، لأن العميل لأول مرة فى حياته لديه فرصة للنظر نظرة صريحة إلى نفسه، وأن يذهب إلى ما وراء هذه الجهة ليقيم نفسه تقييماً صحيحاً. وعندما يجد أن هذه النفسية المختفية، هذه النفسية المرفوضة، قد أصبحت موضع قبول من الأخصائى، فالعميل يصبح قادراً على أن يقبل هذه النفس التى كانت حتى الآن مختفية، وبذلك يجعل قبوله لقدراته ونواحى ضعفه على أنها نقطة ابتداء مريحة للتقدم نحو النضوج تحل محل القلق والاضطراب والشعور بعدم الملاءمة.

ثانياً : تعديل الذات (تعديل الاستجابات والسمات):

إن تعديل ذات العميل أو النمط الواعى للشخصية ضرورة تستوجبها بعض الحالات التى تلعب شخصية العميل دوراً أساسياً فى المشكلة. بمعنى أن أى جهود أخرى خارج ذات العميل لن تفيد ولن تمنع حدوث المشكلة وغيرها مستقبلا، وواضح أننا نعنى هنا فئات الشبه عصابيين ومضطربى الذات العليا ومن يعانون قصوراً واضحاً فى الإدراك أو الإحساس أو التفكير أو الإنجاز، بحيث لا يمكن حل الموقف إلا بتعديل جذرى فى الشخصية ذاتها كما تبدو فى استجاباتها وعاداتها الانفعالية والعقلية والسلوكية وبغير ذلك ستظل شخصية العميل خالقة للمشاكل.

ومن الجدير بالذكر، من الوهم أن نتصور أننا فى جميع الحالات نستهدف تعديلا جوهرياً فى نمط الشخصية وسماتها الأساسية من خلال

مقابلات محدودة. فالغضب قد لانمنعه أو مشاعر الكراهية قد لا نقتلعها من جذورها. ولكن يمكن أن نعدل من أسلوب التعبير ـ (أى تعديل الأعراض) ـ عن هذا الغضب أو هذه الكراهية بدرجة أو بأخرى أو أن نقلل من فرص حدوثها قدر الإمكان وأسلوبنا فى ذلك ثمة وسائل وتكنيكات علاجية هى : (١ : ٢٦ ، ٢٧٥) اتجاه استبصارى، (الإيحاء + النصح + الضغط + السلطة) كوسائل إرادية، (التحويل + التقمص) كوسائل تلقائية وجميعها تعتمد على نمو العلاقة المهنية.

١ ـ الإيحاء Suggestion :

الإيحاء هو العملية التى يؤثر بها شخص فى آخر تأثيراً مباشراً فيجعله يتقبل رأياً أو فكرة أو اعتقاداً دون مناقشة أو أمر أو إجبار.

والعلاج بالإيحاء جوهره غرس رأى أو فكرة أو استثارة شعور فى نفس العميل الموحى إليه، يتأثر بها دون مقاومة وكأنها صادرة من نفسه. (٢٤ : ٣٤٨). إنه تلميح أو اقتراح مباشر يمارس فى حالات خاصة أهمها:

(أ) حالات الحيرة الشديدة للاختيار بين أمرين كل ما يحتاجه العميل هو تعزيز خارجى لرأى قد تهيأ له فعلا ولكن الحاجة ماسة إلى معونة خارجية لاتخاذ القرار.

(ب) حالات الضعف العقلى ليكون الإيحاء بمثابة استثارة تقرب من التفكير السليم.

(ج) حالات الأطفال والأنماط الاعتمادية المسرفة.

(د) حالات الأزمات النفسية غير المرضية التى قد تعوق العميل عن رؤية الطريق الواضح للتخلص من أزمته.

ومن الجدير بالذكر، أن الإيحاء كتكنيك علاجى محدود الأثر يهاجم الأعراض وليس الأسباب، كما أنه يتعارض مع مفهوم «التوجيه الذاتى»

لذلك فهو يمارس فقط مع الحالات المستثناة من تطبيق هذا المفهوم أو فى حالات خاصة تتطلب سرعة اتخاذ قرار لا يحتمل الانتظار. (١ : ٢٦) ويتوقف استخدام هذا التكنيك على ثقة العميل فى الأخصائى والعلاقة المهنية العلاجية الطبية بينهما.

٢ ـ النصح (المشورة) Advice:

النصح هو رأى أو اقتراح من قبل الأخصائى للعميل الذى يطلب نصحه أو مشورته،إذ قد يلجأ العميل فى بعض المواقف الخاصة لأخذ رأى الأخصائى الاجتماعى صراحة فى اتخاذ خطوة معينة وقد يرجع هذا الاتجاه مثلا إلى خوف العميل من الإقدام على عمل يخشى من نتائجه ويريد أن يشرك الأخصائى فى مسئولية ما يترتب عليه فى المستقبل. وتسرع الأخصائى الاجتماعى فى اعطاء النصيحة أو المشورة يزج به كعنصر من عناصر الموقف. (٣ : ٤٢) وهناك من ينظر إلى الأخصائى الاجتماعى على أنه «خبير» يجب أن يفيد العميل من خبراته وتجاربه وخاصة إذا كان العميل تنقصه الخبرة أو التجربة، وعليه أن يقدم النصيحة والمشورة بخصوص ما يجب أن يتبعه العميل فى حل مشكلته فى حين يعارض البعض تقديم النصح حتى لو كان فى ضوء خبرة الأخصائى، حيث إن ظروف الحاضر ومشكلاته تختلف عن ظروف الماضى ومشكلاته، وأن حلاً كان مرغوباً ومجدياً فيما مضى قد يكون غير مرغوب فى الحاضر، وأن ما ناسب الكثيرين من العملاء ربما لا يناسب العميل الحالى. ويؤكد هؤلاء استنكارهم لتقديم النصح المباشر على أساس أنه يقحم آراء الأخصائى واتجاهاته وقيمه على آراء العميل واتجاهاته وقيمه. (٨: ٢٧١) وصحيح أن عملية العلاج قد لا تخلو من طلب العميل للنصيحة، ولذا يجب على الأخصائى الاجتماعى عند استخدامه لهذا التكنيك (النصح) فى العملية العلاجية مراعاة ثمة شروط واعتبارات هى:

(أ) أن يطلبها العميل صراحة أو تلميحاً . ومن ثم يجب أن يبعد الأخصائى عن التطوع بإبداء النصيحة للعميل، فإن النصائح عادة لا تجد الاستجابة من العملاء ولأنها نوع من الإرغام على اتخاذ سبيل معين قد لا يكون العميل على استعداد له.

(ب) أن طلب العميل للنصيحة أو المشورة يدل فى بعض الأحيان على أنه يعانى من لون من الصراع أو التناقض الوجدانى حول الموقف ولذلك يجب على الأخصائى أن يضع هذا الطلب للنصيحة موضع مناقشة بينه وبين العميل ـ مناقشة يشعر فيها العميل بحريته فى ابداء وجهة نظره فى الموقف ـ لعل المناقشة تساعد على كشف أنواع الصراع والتناقض الوجدانى الذى يعانى منه العميل ويساعده على اتخاذ قراره على ضوء من الفهم السليم للموقف بمقارنة الاحتمالات المختلفة واختيار أفضلها. (٣: ٤٢٩)

(ج) ومن ثم، يجب أن تقدم النصيحة بشكل غير مباشر. وغير إجبارى، وغير ملزم للعميل. فهناك فرق بين النصيحة التى تأخذ شكل الاقتراح وبين النصيحة التى تحتمل معنى الأمر. فالعميل إذا أدرك النصيحة على أنها مجرد اقتراح يقدمه الأخصائى فلا بأس، أما إذا اعتبرها أمراً فقد يفسر ذلك بأن الأخصائى لا يقيم له ولا لرأيه وزناً. وقد لا يستطيع العميل تنفيذ النصيحة فيعتبر ذلك مخالفة وعصياناً. وقد لا يقبل النصيحة فيظن ذلك رفضاً يغضب الأخصائى. وقد ينفذها قسراً وبدون اقتناع، وهذا ـ لاشك ـ أمر غير مرغوب .

ولذا يجب أن يقدم الأخصائى النصح فى شكل اقتراحات وبطريقة «خذها أو اتركها» بحرية تامة وبدون أن يحدد بالضبط ما يجب وما لا يجب أن يعمله العميل، بحيث تكون العملية أقرب إلى التشاور المشترك وتبادل الآراء، وأبعد ما تكون عن الأمر والإجبار، ويلى ذلك دراسة وفحص لما أسفر عنه التشاور، وفى حالة الاقتناع يكون التنفيذ (٨: ٢٧١، ٢٧٢).

(د) وأخيراً، يجب على الأخصائى التفرقة عند تقديم النصيحة بين عميل منطقى وسوى يستطيع أن يناقش ما يقدم إليه من نصائح فيحللها ويتفحصها قبل أن يتقبلها، وبين عميل مضطرب يعانى من المشاكل والضغوط الشديدة مما يجعله يتقبل النصيحة على علاتها وبدون مناقشة، وكأنها الحل النهائى لجميع مشاكله (١٨ : ١٢٠) ولذا يجب على الأخصائى مراعاة الحرص فى تقديم النصيحة، واستخدامها بحرص وعناية مثل الدواء الذى يضر إذا ما تجاوز الإنسان الحد المقرر له.

٣ ـ الضغط (التشديد) Advocating

ويستخدم عندما لا يقبل العلاج الانتظار حتى يتم إحداث تغيير فى اتجاهات العميل أو آخرين وترى هوليس أنه يعنى وضع إلحاح معين إلى جانب النصيحة، وأن هذا الأسلوب يكون مناسباً فى حالات معينة: (٢٣:٦١)

(أ) وجود عواقب خطيرة نتيجة الاندفاع أو التهور.

(ب) السلوك غير المرغوب.

(ج) عدم وجود متسع من الوقت لإتاحة الفرصة للعميل لاتخاذ القرار من خلال التفكير الذاتى السليم.

ويمكن استخدام هذا التكنيك من خلال إثارة قدر من القلق لدى العميل لكى تدفعه للتحركِ نحو سرعة اتخاذ قرار معين بتوضيح الأخطار أو الأضرار التى يمكن أن تترتب على عدم اتخاذ قرار معين، فالمريض الذى يقاوم إجراء عملية جراحية ضرورية توضح له أنه كلما تأخر فى إجراء الجراحة كلما زادت تعقيداً، وكأن نذكر الطالب بأن المدرسة ستضطر لفصله لأنه تجاوز نسبة الغياب المسموح بها وما إلى ذلك.

٤ ـ المواجهة:

فى هذا الأسلوب يضع الأخصائى طرف الإصبع على الاضطرابات فى

سلوك واتجاهات وأفكار ومشاعر العميل، المسببة لحالته النفسية وموقفه الإشكالى وهذه الاضطرابات ـ أو الاستجابات الانفعالية المرضية ـ تكون قد تثبتت فى قوالب جامدة واتخذت طابعاً نمطياً. والهدف من استخدام هذا التكنيك أن يدرك العميل وجود هذه الاستجابات المرضية، وأن يسمح لها بالنفاذ إلى وعيه فيعيها، فتبدو له فكرته عن نفسه فى صورة أوضح، ويزيد فهمه لوظائفه وإدراكه لموقفه الإشكالى بكل متعلقاته، وبذلك يسهل على العميل تعديل سلوكه وتحقيق أهدافه. ولتحقيق الهدف من استخدام هذا التكنيك يقوم الأخصائى بالخطوات التالية: (١١ : ٣٠)

(أ) تحديد وحصر أنواع الاضطرابات والاستجابات المرضية فى اتجاهات العميل وأفكاره ومعتقداته وأنماطه السلوكية التى يتمسك بها.

(ب) لفت نظر العميل إلى تلك الأنماط الشاذة عن طريق المناقشة المنطقية وتوضيح الأضرار والنتائج السلبية المترتبة على تمسكه بها مما يزيد من إحساس العميل بالواقع، وفهم ذاته، ويدفعه للتغير من سلوكه.

ولممارسة المواجهة كتكنيك علاجى ثمة شروط منها:

١ ـ وضوح الخطورة من تصرفات معينة.

٢ ـ عدم كفاية الدراية الذاتية لدى العميل (الوعى الذاتى).

٣ ـ أن يكون أسلوباً علاجياً يتبعه استخدام أساليب تدعيمية.

٤ ـ التأكد من وجود علاقة مهنية قوية بين الأخصائى والعميل قبل استخدامه.

٥ ـ بالإضافة إلى مراعاة الشروط السالفة الذكر اللازمة لتطبيق تكنيك الإفراغ الوجدانى.

٥ ـ السلطة والأوامر Orders:

لا نعنى بالسلطة معناها الإرغامى ولكن نعنى بها قيادة والديه تقع فى مكان ما بين النصيحة والتعسف. فهى نصيحة ضاغطة تجمع بين الرغبة

والعقل والإرغام. وهى أسلوب يمكن اتباعه خلال عمليات التهذيب والتربية وإن كانت من ألزم الأساليب مع الجانحين أو الشواذ حيث يكون الأسلوب العملى لتجنب أخطار محققة.

ولممارسة السلطة شروط واعتبارات أهمها: (١ : ٢٧١)

(أ) وضوح الخطورة من تصرفات معينة.

(ب) أن يكون أسلوباً أولياً لتجنب الخطر أولا يعقبه عمليات تدعيمية وتفسيرية. كأن يقول الأخصائى للحدث متكرر الهروب «يجب أن تثبت أنك تحترم نظام المؤسسة حتى يسمح لك بالخروج ثانية...» وما إلى ذلك.

٦ ـ التحويل Transference:

التحويل عملية يقصد بها أى تحويل الانفعال من موضوع إلى موضوع آخر. وفى أثناء عملية المساعدة قد يحول العميل انفعالاته الخاصة بالآخرين وتركيزها وبلورتها على الأخصائى. والتحويل قد يكون سلبياً (كراهية) أو إيجابياً (حب) أو مختلطاً (٨: ٢٨١) حسب خبرة العميل السابقة، وطبيعة الرمز الذى يمثله الأخصائى. ويستثمر التحويل بأسلوب علاجى فى حالتين: (١ : ٢٧٢)

(أ) إذا ما تم التحويل تلقائياً فيستثمر لتعديل اتجاهاته.

(ب) أو أن يتعمد الأخصائى القيام بدور معين ليتم التحويل وتبدأ معه عمليات العلاج.

ورغم أن التحويل عادة هو من معوقات نمو العلاقة فى صورتها المهنية إلا أنها ظاهرة يمكن الإفادة منها فى حالات معينة وبصفة خاصة مع الأطفال، وفى المنازعات الأسرية. ففى حالات التحويل الإيجابى (الحب) قد يكون التحويل فرصة لممارسة عمليات (تهذيبية) تحد من الإسراف العاطفى

المطلق . أما فى حالات التحويل (السلبى)، فقد يكون فرصة لتخفيف حدة هذه المشاعر ليأخذ الأخصائى موقفاً كمن يقول لعميله فيه: «ها أنذا مثل أبيك فهل يمكن أن تخافنى وتكرهنى إلى هذا الحد».

٧ ـ **التقمص** Identification:

التقمص هو توحد شخصية الفرد بشخصية آخر، حتى يصبح كلاهما وكأنهما شخصية واحدة. (٢٥ : ٣٠٥) فينمو العلاقة المهنية قد يحدث أن يتقمص ويتوحد العميل مع الأخصائى كفرد يعيش مشكلته ويحس معه بها. يبدو الأخصائى وكأنه الصورة التى عليه أن يقتدى بها والمثل الأعلى لما يجب أن يكون عليه. وفى مثل هذه الحالات قد يلجأ الأخصائى إلى استثمار هذه الظاهرة ليركز (عامداً)، على اتجاهات معينة أو يسلك سلوكاً (خاصاً) يمتصه العميل فتتعدل استجاباته فقد يسرف فى هدوئه مع العميل الصاخب أو يراجع الفكرة مع العميل المندفع وما إلى ذلك. (١ : ٢٧٤)

وهكذا يتبين لنا أنه فى الحالات التى يعجز فيها العميل عن خلق طريقة خاصة به يتصرف على أساسها فى أدائه لأدواره عندئذ يلجأ الأخصائى لقوة ذاته ويتمثل موقف العميل وينصب ذاته داخل نفس العميل كأنه يقوم بالدور المفروض أن يقوم به العميل ـ ثم يبين له بالمثال الحى صورة للسلوك الذى يحقق به غرضه ـ فقد يستجيب العميل بأن يعيد تمثيل الدور الذى قام به الأخصائى بطريق المحاكاة (التقليد) حيث أن بعض العملاء يمكنهم عن طريق استيعاب المعنى الكامن فى السلوك بالتوحد مع الموضوعات حتى يصير لهم أسلوبهم الخاص فى السلوك (١١ : ٢٧)

٨ ـ **تكوين البصيرة** Developing Insight:

تكوين البصيرة أو الاستبصار هو فهم النفس ومعرفة الذات، والقدرات وفهم الانفعالات ومعرفة دوافع السلوك والعوامل المؤثرة فيه، ومعرفة مصادر

الاضطراب والمشكلات وإمكانات حلها، ومعرفة نواحى القوة ونواحى الضعف.

وبمعنى آخر هو حالة من الوعى الذاتى أو الدراية الذاتية ـ يدرك عندها العميل حقية ذاته وما بها من اضطراب ـ والإدراك للواقع الخارجى. ومن ثم يفيد الاستبصار فى فهم الذات وتقبلها وإعادة تنظيمها، مما يعتبر أمراً بالغ الأهمية بالنسبة للعلاج الناجح وتحقيق أحد أهدافه. ويفيد فى إدراك العميل بوضوح أكثر لسلوكه المضطرب وقدرته على التحكم فى هذا السلوك، وينتج تحقيق تعلم جديد يتغير على أساسه السلوك. كما يؤدى إلى وضوح دنيا الواقع حول العميل. ونقص واختفاء حيل الدفاع النفسى غير التوافقية مثل الإسقاط وغيرها، ونمو الذات التى يقهر بها العميل كل مشكلاته ويسيطر هو عليها بدلا من أن يتركها تسيطر عليه. (٨: ٢٦٠، ٢٦٣)

ويكون تكوين البصيرة عند العميل عن طريق التفسير والشرح والتوضيح لما يغلق على العميل فهمه بوضوح ودقة.

ولا تكون هذه الوسائل والأساليب ذات أثر إيجابى إلا إذا كانت هناك علاقة مهنية سليمة وكانت هناك ثقة فى قدرة الأخصائى على الوزن والتحليل (أى إذا نظر إليه العميل على أنه ممثل للسلطة المهنية التى يستمد منها الرأى السليم).

والبصيرة التى يكونها الأخصائى عند العميل تختلف عن البصيرة التى يكونها الطبيب النفسى، إذ أن الأخصائى الاجتماعى لا يتعامل إلا مع الأفكار والوجدانات المكبوحة فى المنطقة الشعورية القريبة من وعى العميل والتى يمكنه التعرف عليها وتذكرها. بينما الطبيب النفسى يتعامل مع المادة المكبوتة فى المنطقة غير الملموسة أى اللا شعور (العقل الباطن)، وهذه لا يمكن تذكرها بسهولة. ويتطلب التعامل معها نوعاً من الإعداد الخاص يخرج عن حدود خدمة الفرد.

ويهدف تكوين البصيرة عند العميل إلى تزويده بقدرتين هامتين هما:

(١) الدراية الذاتية: (الوعى الذاتى).

(٢) وضوح دنيا الواقع حول العميل.

أولا ـ الدراية الذاتية Self Awareness:

ويتم تكوين الدراية الذاتية (الاستكناه النفسى) لدى العميل بتمكينه من فهم ذاته والوقوف على مادة الأسباب الشخصية التى كانت خافية عليه من قبل، وهذه المادة موجودة فى الخبرات الماضية لأفكاره ومشاعره وسلوكه وتقع فى مجال متسع: (٢: ٣٨٦)

ـ فبعضها يكون مزاحاً خارج منطقة الشعور عن قصد لأنها مصدر قلق للذات ولذا فقد دفعتها خارج منطقة الشعور.

ـ ومنها ما تكون مادة غامضة تتعلق بمناطق مؤلمة ولم يحاول العميل معرفتها لأن إحساسه بها يبعث فيه نوعاً من القلق فيتحاشاه.

وغالباً ما تكون المادة الضرورية للدراية الذاتية ضمن المادة المزاحة والغامضة، وهذه تكون كميات كبيرة من المحتويات شبه الشعورية التى يتعامل معها أخصائى خدمة الفرد ويكون الدراية الذاتية عنها، وبمعنى آخر إن الدراية الذاتية هى استدعاء أى إخراج المادة ذات الأهمية الخاصة للعميل والتى لعبت دوراً هاماً فى مشكلته من منطقة شبه الشعور إلى منطقة الشعور عند العميل وتفسير أثرها على سلوكه الحالى. وقد تصاحب هذه العملية أنواع من القلق يتعامل معها الأخصائى بوسائله ليخفف من حدتها. فمثلا تذكير الأم بأنها تحابى ابنها وتفضله على نفسها وتهدف بذلك لتحقيق مثل عليا وأنها فى الواقع تكره أن يرهقها وأن تضحى بنفسها من أجله، مثل هذه الدراية تؤلم الأم وتسبب قلقها. وكلما كان التفسير لمناطق فيها مقاومة أكثر كلما كان القلق الناتج أكثر.

ولابد من تقدير قدرة شخصية العميل والعلاقة المهنية على تحمل القلق الذى ينتج من بعض عمليات الدراية الذاتية ووزن مقدار القلق الناتج من التفسير حتى يمكن التنبؤ بموقف العميل من المادة المكتشفة. فقد نعمل على تعديل طريقة التفسير طبقاً لهذا التنبؤ حتى يقبله العميل ويكون من السهل عليه الوصول إلى الحل السليم للموقف أو لخطة العلاج التى يمكن للأخصائى أن يصل إليها فى نفس الوقت.

ولتكوين الدراية الذاتية لدى العميل ثلاثة مناطق رئيسية ـ يتعين على الأخصائى مساعدة العميل على تمكينه من الوعى الذاتى والاستكناه النفسى بها ـ هى:

(أ) **أساليب العميل السلوكية:** وما يحركها من دوافع واتجاهات انفعالية ومشاعر.

(ب) **أفكار العميل ومعتقداته الخاطئة:** وما لها من تأثير سيء على نوع سلوكه معاملاته وعلاقاته وتفاعله مع الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه. (٢٦ : ٣٩٧)

(ج) **الخبرات التى مر بها العميل وأثرت فى تكوينه النفسى:** سواء التى مر بها فى الماضى أو التى ما يزال يتعرض لها وأسباب تأثيرها بهذه الخبرات وطريقة تفاعله معها، ومدى رضاه عن هذا التفاعل. فشخصية الإنسان تتأثر بما مر به من خبرات تكون لديه اتجاهات ومستويات خاصة فى التفكير والحكم على الأشياء. وقد تميل هذه المستويات نحو القسوة أو الشدة تبعاً للخبرات التى مر بها الإنسان وكونتها الثقافة التى عاش فيها.

ولكى يقوم الأخصائى بدوره جيداً فى هذه العملية فثمة شروط وأساليب يتعين الالتزام بها:

ـ يجب على الأخصائى أن يشجع العميل على التأمل والتحليل للمواقف

المختلفة وعلى التفكير المنظم السليم حتى يمكنه أن يحسن تقدير الأمور ويخرج بنتيجة تزيد من وعيه الذاتى وسيطرته على فهم تيارات التفاعل التى يتعرض لها فيما بعد.

- يجب أن يتم التفسير فى الوقت المناسب ويكون ذلك بلغة فى مستوى لغة العميل حتى يفهمها جيداً (٢ : ٣٨٧) وأن يكون خالياً من المصطلحات الفنية الصعبة أو اللغات الأجنبية التى لا يعرفها العميل.
- يجب أن يكون التفسير دقيقاً وعلمياً أى فى ضوء النظريات العلمية والتفسير الخاطئ له آثاره الضارة.
- يجب أن يقتنع العميل بالتفسير ويقبله على المستوى العقلى المعرفى والمستوى الانفعالى حتى يؤدى هدفه . (٨ : ٢٥٨)

لابد من احترام رغبة العميل واستعداده لتقبل هذا التفسير فبعض العملاء يظهرون مقاومة لتقبل التفسير والتوضيح. بل إنهم قد لا يعيرونه اهتماماً ولا يتأثرون به، بل قد يلجأون إلى ألوان من الدفاع والتبرير لاتجاهاتهم وتصرفاتهم المراد تعديلها، وهؤلاء يحتاجون إلى وقت أطول لتلمس الواقع والإيمان به لأن المحاولات العلاجية تصوب أولا إلى استغنائهم وتخليهم عن ألوان التبرير وتنازلهم عن الوسائل الدفاعية ثم توجه بعد ذلك إلى تكوين البصيرة والفهم للحقائق الواقعية.

- وأخيراً يجب الحذر حين مهاجمة أو إزالة ألوان الدفاع، إذ أن هذا قد تنتج عنه مجموعة أخرى من ألوان الدفاع الجديدة بها الكثير من العداء الموجه للأخصائى الذى تسبب فى إثارة بعض الألم النفسى. والأهم من مهاجمة الأساليب الدفاعية للعميل إيجاد جو مريح من القبول والود العاطفى حتى يتلاشى توتر العميل وتتهيأ الفرصة لعملية تعلم وسائل التلاؤم الشخصى. ومن المعروف أن الأمان فى العلاقة المهنية يقلل من ألوان الدفاع والحاجة إلى الاحتماء بها. (٢ : ٣٨٨)

ثانياً ـ وضوح دنيا الواقع حول العميل:

وكثيراً ما يكون سوء موقف العميل ناشئ عن نقص المعرفة عن بعض الأمور الهامة التى تمس تصرفاته أو سوء فهمها سواء من ناحية التربية والتنشئة للصغار أو ناحية المعاملات والعلاقات الاجتماعية بمختلف أنواعها أو الخدمات البيئية وما إلى ذلك من المعلومات اللازمة للسيطرة على شئون وتوجيه التفاعل الاجتماعى السليم ومن ثم يتبقى على الأخصائى تزويد العميل بما يحتاج إلى معرفته بما كان يجهله من قبل (٢ : ٣٨٩) أى تزويده بالخبرة والممارسة إذا شئنا تعديلا أساسياً فى السلوك.

وتنقسم هذه الخبرات إلى ما يلى:

- خبرات يزود بها خاصة بالموقف نفسه خارج الفرد وأثره على سلوكه الحالى.
- خبرات خاصة بالمؤسسة وخدماتها وشروطها ونظام العمل فيها وما إلى ذلك.
- خبرات خاصة بما يجب أن يقوم به العميل لمواجهة الموقف الحالى.
- خبرات عامة مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية وتدعيم المسئولية الاجتماعية للعميل.
- خبرات عامة مرتبطة بالموارد والمؤسسات البيئية ووظيفتها وشروطها وطريقة التعامل معها.

ولما كان الأخصائى يتحمل مسئولية تزويد العميل بهذه الخبرات بطريقة مباشرة فإنه من المهم اتباع أساليب معينة حتى تنصهر الخبرات فى «ذات» العميل فتتعدل عاداته وأنماطه السلوكية. هذه الأساليب يمكن حصرها على التوالى فى التنبيه، والتوضيح.

١ ـ التنبيه Stimuli:

والتنبيه تكنيك يمارسة الأخصائى لإيجاد الدافع للتعلم، فوجود الدافع

شرط أساسى لتحرير الطاقة فى العميل وتوجيهها وجهة خاصة. ويتم التنبيه بوسائل مختلفة أهمها: توضيح التعلم، توضيح أخطار عدم التعلم. إتاحة فرصة التعلم، وتتم هذه العمليات تصريحاً أو تلميحاً حسب درجة نضج العميل ودرجة فاعليته، فقد يحتاج الطفل ضعيف العقل إلى تعلم أدوات المائدة، كما قد تحتاج الأم إلى تعلم أسلوب معاملة ابنتها المراهقة. أو قد يحتاج الحدث إلى تعلم أسلوب التعامل مع زملائه. فبدلاً من تقديم الخبرة التعليمية ـ تطوعاً من الأخصائى ـ يتعين عليه تنبيه وإيقاظ الدافع لطلب الخبرة ذاتها بل والإلحاح فى طلبها، فقد يبين لضعيف العقل الخطر الواضح على صحته بصراحة ووضوح، وقد تلمح للثانية بالمزايا التى تتعلق إذا ما عدلت سلوكها نحو ابنتها. وقد يبدى مع الثالث إعجابه بزميل له يتعامل مع زملائه بأسلوب أفضل وهكذا. (١ : ٢٧)

٢ ـ التوضيح Explanation:

التوضيح هو مساعدة العميل على فهم العوامل المتداخلة فى الموقف والخارجة عن ذاته. والتوضيح كتكنيك علاجى يعقب التنبيه حيث يتطلع العميل إلى الخبرة المعرفية تلقائياً سواء كانت خبرة خاصة بالمؤسسة أو الموقف أو بجوانب عامة مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية ـ كما سبق أن أوضحنا ـ وللتوضيح ثلاثة مناطق رئيسية هى:

- تزويد العميل بمعلومات جديدة، كتعريف الحدث بطريقة استخراج كعب العمل.
- تفسير لأسباب موقف معين: كتوضيح أسباب حرمان الحدث من الخروج.
- تصحيح معلومات خاطئة لدى العميل: كتصحيح معلومات بأن إخلاء سبيله ليس رهناً بقضاء مدة (العقوبة) بل بتحسن سلوكه حسب تقدير المؤسسة. (١: ٢٨٠)

وليستفيد العميل من عمليات التوضيح يجب أن يعقبها استطلاع الأخصائى لرأى العميل فيما يزوده به من معلومات توضيحية إذ قد يتبين للأخصائى أن إدراك العميل لهذا التوضيح إدراك منحرف نتيجة التوترات التى يعانى منها والتى توجه فهمه إلى الناحية التى يستريح إليها. فقد يوضح الأخصائى للعميل نظام العمل بمؤسسة سيحول إليها ولكن نتيجة تعجله للحصول على خدمات المؤسسة الجديدة قد يعتقد أنه بمجرد اتصاله بها، سيحصل على خدماتها. فعملية التوضيح ترتبط والأمر كذلك بعملية التنبيه. (٣: ٤٢٥)

إذن فالبصيرة الواعية أساس لنمو الشخصية. فبعد تكون الدراية الذاتية ووضوح معالم دنيا الواقع حول العميل تتسع مداركه، وتصبح شخصيته أكثر اتصالا بالواقع وتجاوبا معه وأكثر قدرة على الاستقلال والاعتماد على النفس، وأكثر وعيا بنوع تفاعلاتها وعلاقاتها، كما يعتبر أكثر تقبلا للحدود والقيود الاجتماعية، وأقدر على وزن الأمور وإصدار الأحكام السليمة وبالتالى استنباط الحلول المؤدية إلى التوافق النفسى. وهذه هى صفات الذات القوية التى يهدف العلاج الشخصى إلى تكوينها.

ثانيا ـ العلاج البيئى:

يوجه هذا النوع من التدخل العلاجى نحو القوى الكامنة فى بيئة العميل من أجل تحسين قدرته على التوافق النفسى وعلى الأداء الوظيفى فى موقف الحياة. وتتفرع المجهودات العلاجية فى هذا النوع من التدخل العلاجى إلى اتجاهين بيئيين أحدهما يكون الهدف العلاجى فيه موجه إلى القضاء على الضغوط الخارجية الهدامة التى تهدد كيان العميل النفسى والاجتماعى، وتسمى هذه العملية بـ «التعديل البيئى»، والاتجاه الآخر يسعى لاستغلال القوى العلاجية الكامنة فى مواردها البيئية وتسمى هذه العملية بالعون البيئى بـ «تجنيد الإمكانات البيئية». وفيما يلى تفصيلا لذلك:

(١) التعديل البيئى Modifying The Enviroment:

يعانى العميل فى حالات كثيرة من أثار مادية أو معنوية صادرة من بيئته ويتجاوب معها تجاوباً مرضياً يشكل موقف التأزم الذى يعانى منه. ومن أمثلة ذلك وجود ضغوط على الفرد صادرة من الأم أو الأب أو الزوج أو المدرس أو من رئيس العمل أو ما إلى ذلك من القوى البشرية الهدامة التى توجد فى بيئة العملاء وتتسبب فى الإساءة إلى موقفهم النفسى والاجتماعى، وتتعدد صور هذه الضغوط بين حرمان مادى، وحرمان نفسى وبين اضطهاد أو تهديد وتعذيب أو إهانة،... إلخ. (٢ : ٣٦٩)

الأمر الذى يستوجب معه التدخل لإحداث عدد من التغيرات المعينة فى البيئة يكون من شأنها التخفيف من حدة هذه الضغوط الخارجية المحيطة بالعميل والتى تؤثر فى موقفه الإشكالى.

فقد تعدل اتجاهات الوالد القاسى الذى يشكل ضغطاً على سلوك ابنه كما قد تمتد هذه الجهود إلى المدرس أو رئيس العمل أو مشرف العنبر ومن إليهم ممن قد يشكلون ضغوطاً على العميل.

وفى جميع هذه الحالات تمارس بدرجة أو بأخرى كافة الأساليب التدعيمية والتعديلية للشخصية طالما كانت البيئة هنا هى أشخاص يجب تعديل اتجاهاتهم بطريقة أو بأخرى. (١ : ٢٨٤)

ومثل هذا اللون من التعديل البيئى يرتطم عادة بعدم تعاون الأفراد المحيطين بالعميل لعدة أسباب قد يكون من بينها إحساسهم بأنهم بعيدين عن المشكلة وأنها لا تخصهم كما فى حالات التعامل مع المدرسين أو رؤساء العامل فى العمل. ويحتاج الأخصائى إلى إثارة تعاونهم ليستطيعوا المساهمة مساهمة إيجابية فى التخفيف من الضغوط المحيطة بالعميل.

وقد يرجع عدم تعاون هؤلاء الأشخاص إلى ضيقهم بسلوك العميل

وتصرفاته كما فى حالات الأحداث المنحرفين واضطرابات السلوك بين الأطفال وفى مثل هذه الظروف يحتاج الأخصائى إلى تقبلهم وتقدير المتاعب التى يعانون منها وتنبيه أو استثارة طاقاتهم للتعاون معه.

وقد يحول بين تعاون بعض المحيطين بالعميل عدم تقديرهم للمسئولية واستهتارهم بوجباتهم. وفى مثل هذه المواقف يحتاج الأخصائى إلى تنبيههم للخطر بالموقف وإثارة قلقهم ومسئوليتهم ويذلل الجهود لإيقاظ ضمائرهم حتى يستطيعوا التعاون مع الأخصائى، وليس معنى هذا توجيه النقد أو اللوم إليهم أو تجريحهم.

من هذه الأمثلة وغيرها كثير يمكن القول بأن واجب الأخصائى بصفة عامة فى التعديل البيئي هو استخدام الأساليب الفنية لتعديل اتجاهات الأشخاص المحيطين بالعميل واستثارتهم ليتعاونوا فى سبيل علاج الموقف تعاوناً إيجابياً. (٣: ٤٢١)

ولاشك أن شطرا كبيراً من العوامل المؤدية لنجاح جهود أخصائى خدمة الفرد فى تدخله العلاجى، إنما يرجع إلى مدى قدرته على إيجاد البيئة العلاجية أو إلى مدى قدرته على «هندسة البيئة العادية للعميل» Envi-ronmental Engineering، أى قدرته على أن يعيد «برمجة» Reprogream هذه البيئة.)١٧ : ١٢٤) ومعنى ذلك هو التدخل لإحداث التعديل أو التغيير فى الظروف البيئية المحيطة بالعميل.

وترجع أهمية أحداث مثل هذا التغيير والتعديل البيئى إلى ثمة أسباب هى: (٣: ٤١٥، ٤١٦)

(أ) أن الموقف الإشكالى الذى يعانى منه العميل ـ كما سبق أن قلنا ـ يتركب من جانبين أحدهما الجوانب الذاتية الخاصة بالعميل، والجانب الآخر الذى يتمثل فى البيئة التى يعيش فيها العميل سواء

بيئته الأسرية أو بيئة المدرسة أو العمل... إلخ. ومن ثم كان لزاماً على الأخصائى أن تنصب جهوده العلاجية على هذين الجانبين (الشخصية والبيئة معاً) فكلاهما يكملان بعضهما بعضاً والفصل بينهما يعتبر اجتزاء للحقيقة وقصوراً على شق منها دون الشق الآخر.

(ب) إن الإنسان صنيعة البيئة التى يعيش فيها، يؤثر فيها ويتأثر بها. وما مشاكل انحراف السلوك إلا نتيجة لشدة اضطراب الظروف البيئية التى تحيط بالفرد ويظهر ذلك بجلاء وخاصة فى حالات انحراف الأحداث إذ يشير الواقع إلى أن الأسباب الهامة لاضطرابات سلوك الأحداث الذين يعرضون على مكاتب المراقبة الاجتماعية للأحداث وعلى العيادات النفسية ترجع أساساً لسوء الظروف البيئية التى يعيش فيها هؤلاء الأطفال وأن العوامل الذاتية تعتبر أقل درجة بكثير فى أثرها من العوامل البيئية المحيطة بالطفل.

ومن ثم فإن أى تدخل علاجى منتج لابد أن يشتمل على هذين النوعين وأن يسيرا جنباً إلى جنب حتى ينتج العلاج أثره الفعال.

(٢) العون البيئي «تجنيد الإمكانات البيئية» Environmental Support

وتتطلب مواجهة الموقف الإشكالى من الجهد والإمكانات ما يخرج عن نطاق قدرة العميل، لذلك يتمتع تجنيد الإمكانات البيئية كأحد الخطوط التى يسير فيها العلاج بأهمية كبيرة. وتشتمل هذه الإمكانات ما يلى:

(أ) أسرة العميل، يجب على الأخصائى التدخل للاستفادة بكل ما هو متاح من إمكانات مادية أو بشرية فى أسرة الطفل. فقد تستدعى جهود الأم أو أحد الأبناء أو الجدة الإيجابية التى لم تستثمر من قبل كمصادر قوى معطلة يمكنها مساعدة الطفل.

(ب) إمكانات المؤسسة: التى يعمل فيها الأخصائى سواء كانت مادية أو

فنية والتى يجب على الأخصائى مساعدة العميل فى الانتفاع بخدماتها وذلك بشرح وظيفتها فى ضوء موقفه وما يتطلبه من خدمات. (٦ : ١٠٨)

(ج) إمكانات المؤسسات الأخرى: وقد يتطلب الأمر استغلال الموارد البيئية الأخرى لنيل خدمات عملية تكميلية للعميل، كتقديم خدمات تشغيلية أو تأهيلية أو طبية أو إيداعية أو سكنية أو إعانات مالية... إلخ. مما يكون له أثر إيجابى فى مواجهة المشكلة، فقد يحتاج المعوق إلى تأهيله أولا ثم تشغيله، كما قد يحتاج الطالب إلى إعانة مالية أو البحث له عن عمل بعض الوقت، أو قد تحتاج الأسرة إلى إيداع طفلها بإحدى المؤسسات الإيوائية (١ : ٢٨٣). لذلك يستعين الأخصائى بإمكانات وبخدمات البيئة المحيطة بالعميل. وفى هذا التدخل الذى يقوم به الأخصائى للحصول على هذه الموارد والإمكانات البيئية التى يحتاجها العميل يؤدى مجموعة من الأدوار والمهام المهنية كدور المساعد والمزود ودور المفسر Interprator ودور الوسيط Broker، ودور المنسق Coordinator ودور المدافع Advocat.

ولقيام الأخصائى بهذه الأدوار فثمة مهام مهنية يتعين القيام بها: (٢ : ٣٧٢)

١ ـ لابد من دقة فهم احتياجات العميل وتقدير قواه وإمكاناته الشخصية والأسرية حتى يمكن النجاح فى اختيار الموارد البيئية المناسبة لموقفه، وغالباً ما يعرف العميل ماذا يريد من خدمات ولكنه قد يجهل طريقة الحصول عليها.

وقد يكون طلب العميل غير واقعى أو غامض، ويجب أن يساعده الأخصائى فى إيضاحه وتحديده.

٢ ـ توجيه العميل إلى استغلال الموارد البيئية بنفسه إن لمس الأخصائى منه القدرة على ذلك، ويكون دور الأخصائى حينئذ هو تعريف العميل بمصادر المساعدة التى يمكن الاستفادة منها وكيفية التقدم لها.

ويجب تحديد قدرة العميل على المساهمة التى يمكنه القيام بها فى مساعدة نفسه وتشجيعه على بذل المزيد من النشاط الذاتى فى حدود قدراته.

٣ ـ قيام الأخصائى بالجانب الأكبر من النشاط فى استغلال الموارد من أجل العميل ويكون ذلك فى الحالات التى لا يمكن للعميل المساهمة بأى جزء من النشاط لعوائق لا يمكن التغلب عليها، كما فى حالة الأطفال والمرضى والمسنين.

وعون الأخصائى للعميل مطلوب بل وضرورى فى بعض الحالات لعدة أسباب منها أن الشخص الذى يلتجأ إلى المؤسسة لطلب المساعدة يقع عادة تحت ضغوط داخلية وخارجية خاصة به وبموقفه مما يضعف ذاته وقدرته على التصرف فى فترة طلب المساعدة ومما يزيد من شعوره بالنقص والقلق، فيجب إذن مساعدته على أن يتعامل بقدرة وثقة مع الموارد المقصودة فى حالته كى يستغلها بالطريقة المناسبة ويحصل منها على كل ما يمكنها أن تقدمه له من خدمات.

الشروط اللازمة للتدخل العلاجي:

ثمة شروط وقواعد ضرورية لازمة لتحقيق التعديل الشخصى أو الذاتى والبيئي المطلوب. ويتعين على الأخصائى التنبه لها وهذه الشروط هى:

أولا : يعتمد التدخل العلاجي بالضرورة على **التشخيص النهائي الدقيق:** وإلا أصبح العلاج ارتجالياً وقد يؤدى إلى تعقيد موقف العميل ويسىء إليه بدلا من مساعدته.

ثانياً: مراعاة أن الموقف الإشكالى كل متفاعل: يجب أن يأخذ الأخصائى فى اعتباره عند وضع الخطة العلاجية أن الموقف الإشكالى الذى يعانى منه العميل كل لا يتجزأ أو بمعنى آخر أن يراعى الأخصائى أن جميع العوامل المتداخلة فى الموقف يجب أن تكون موضع اعتبار لأنها متفاعلة مع بعضها/وإن كل عامل منها ضغطه على العوامل الأخرى وأن التخفيف من ضغط أحد العوامل فى المشكلة يخفف من ضغط العوامل الأخرى. وفى الرسم التوضيحى التالى ما يوضح ذلك.

أ	ب	جـ
و	هـ	د
ز	ح	ط

(شكل يوضح تأثير العوامل فى بعضها)

واضح من هذا الرسم التوضيحى أنه إذا تصورنا أن مكونات الموقف تتداخل بهذا الشكل المبسط (وهو أمر غير حقيقى لأن تداخلها أعقد من ذلك لأنها ليست متوالية عددية فى تدخلها ولكنها متوالية هندسية)، فإن العامل (أ) يضغط على العامل (ب) والعامل (و) بينما العامل (و) يضغط على العوامل (أ) ، (هـ)، (ز) ويلقى ثلاث ضغوط منها عليه وهكذا بالنسبة للعوامل الأخرى.

فالتخفيف من العامل (أ) وإزالته سيخفف الضغط على العاملين (ب)، (و) وبذلك يسهل علاجهما، وبإزالة العاملين (ب)، (و) يسهل علاج هذه العوامل الثلاثة الأخرى وهكذا.

فمثلا إكساب العميل الثقة فى قدرته قد ينعكس على إقباله على عمله فيزيد دخل الأسرة، وهذه الزيادة فى دخل الأسرة قد تخفف بدورها من مشاجراته مع زوجته، بل وتخفيف هذه المشاجرات قد ينعكس على سلوك الزوجة فتبدو أكثر هدوءاً وأقل انفعالا لينعكس هذا بدوره على اتجاهات الزوج نحوها... وهكذا. (٣ : ٤٣٣)

ثالثاً ـ مراعاة التوافق بين التعديل الذاتى والتعديل البيئى:

إن نظرتنا إلى العميل كإنسان تنصب على الجانبين الكبيرين النواحى الشخصية أو الذاتية كالنواحى العقلية والنفسية والجسمية والجانب الثانى هو النواحى البيئية كالأسرة والمدرسة والعمل وعوامل البيئة الخارجية والتغيير الذى يحتاجه الموقف فى بعض الأحيان يجب أن يكون تغييراً متوافقاً، فإدخال تعديل على البيئة دون استعداد من العميل لتقبله أو مسايرته يوجد فجوة جديدة ويخل بالتوازن الذى يعيش فيه العميل وفى هذه الحالة يعتبر هذا التعديل غير متوافق مع قدرات العميل، ويتنافى مع البدء مع العميل حيث هو إذ أن أى تغيير فى الوسط المحيط بالعميل له رد فعل عليه مباشر أو غير مباشر . فإذا لم يكن العميل على استعداد للاستجابة لهذا التغيير البيئى ظهرت مقاومته، فمثلا العميل الذى يتقدم للمؤسسة بطلب مساعدته ويتبين فى مشكلته أن هناك عاملا ذاتياً راجع إلى تواكله إلى جانب تعطله عن العمل فإذا وضع الأخصائى فى اعتباره الاقتصار على إحداث التغيير البيئى بإيجاد عمل يلتحق به العميل دون الالتفات إلى ناحية التواكل وهى الناحية الذاتية للعميل، فإنه سوف يقاوم الالتحاق بالعمل نتيجة تواكله إذ أن التغيير البيئى الذى يحاول أن يدخله الأخصائى على حياة العميل لا يقابله تعديل ذاتى بالنسبة لتواكله، فالأخصائى لم يبدأ مع العميل حيث هو إذا اهتم بالنواحى البيئية دون الاهتمام بالنواحى الذاتية. (٣ : ٧٦)

رابعاً: التدخل العلاجى كجميع عمليات خدمة الفرد **لابد وأن يتفق مع المعانى والقيم الإنسانية لخدمة الفرد** ومفاهيمها بصفة عامة، ومن ثم فإنه يجب على الأخصائى مراعاة ما يلى: (٣: ٤٣٢)

ـ مراعاة مشاركة العميل فى العملية العلاجية:

وذلك تحقيقاً لقاعدة العمل مع العميل وليس من أجل العميل، والاعتماد بقدر الإمكان على النشاط النابع من العميل وذلك تطبيقاً لمفهوم حق تقرير المصير.

ـ مراعاة اتفاق الخطوات العلاجية مع قدرة العميل:

وذلك تطبيقاً لمفهوم البدء مع العميل من حيث هو،ولذا يجب مراعاة تفتيت المشكلة إلى جزئيات تتفق مع قدرات العميل حتى ينجح فى تنفيذها ويستعيد ثقته بنفسه.

خامساً: مراعاة اختيار أنسب الأساليب العلاجية فاعلية وبما يتفق ونوع الموقف الإشكالى:

فالأخصائى فى تدخله العلاجى يعتمد على قاعدة عريضة من الأساليب الفنية العلاجية التدعيمية منها أو التعديلية للشخصية. وتتوقف نجاح الخطة العلاجية على اختياره لأنسب الأساليب فاعلية بل وأسرعها لتنمية العميل لأقصى حد ممكن وبما يتفق وطبيعة موقفه الإشكالى الذى يعانى منه. (١ : ٢٨٦)

سادساً: وأخيراً وبصفة عامة، **التدخل العلاجى لابد وأن يتفق والسياق الاجتماعى عموماً:** (١٧ : ٨)

فمن المطلوب أن يتصرف الأخصائى الاجتماعى بأسلوب يتلاءم مع العادات والتقاليد والثقافة القائمة مع ابداء مشاعر الصداقة والتعاطف مع عملائه خلال مقابلاته العلاجية معهم.

مراجع الباب الثانى

١ ـ عبد الفتاح عثمان. حدمة الفرد في المجتمع النامي. ط١ القاهرة. الأنجلو المصرية. ١٩٨٠

٢ ـ فاطمة الحاروبى، خدمه الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، ط٥. القاهرة، مطبعة السعادة، ١٧٤

٣ ـ أحمد عبد الحكيم السنهورى، أصول خدمة الفرد، ط٤، الإسكندرية، المكتب المصرى الحديث، ص ١٧٠

٤ ـ صالح الشبكشى وآخرون، مبادئ خدمةالفرد، الإسكندرية، المكتب التجارى الحديث، ١٩٧٧

٥ ـ جلال عبد الخالق، العمل مع الحالات الفردية وخدمة الفرد) : عمليات ونظريات وتطبيقات)، الإسكندرية، المكتب العلمى ١٩٩٦.

٦ ـ محمد سلامة محمد غبارى، المدخل إلى علاج المشكلات الاجتماعية الفردية، عمليات خدمة الفرد، ج٢، الإسكندرية، مكتبة المعارف الحديثة، ١٩٩٠

٧ ـ مصطفى فهمى، علم النفس الإكلينيكى، القاهرة، مكتبة مصر ١٩٦٧

٨ ـ حامد عبد السلام زهران، التوجيه والإرشاد النفسى، ط٣، القاهرة، عالم الكتب، ١٨٥

٩ ـ إحسان ركى عبد الغفار وأخرون، حدمه الفرد (نظريات وتطبيقات)، القاهرة، ب ن. ١٩٨٠

١٠ ـ صالح الشبكشى حدمه الفرد فى محيط تأهيل دوى العاهات، القاهرة، المطبعة العالمية. ١٩٥٧

١١ ـ إقبال محمد بشير، إقبال إبراهيم مخلوف، الاعتبارات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى العمل مع الأفراد، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ب.ت.

١٢ ـ علي الدين السيد محمد، مقدمة فى خدمة الفرد المعاصرة، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧.

١٣ ـ لويس كامل مليكة، علم النفس الإكلينيكى، ج١، ط٣، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٥.

١٤ ـ عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، ط٤، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٤.

١٥ ـ عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفى معوض، خدمة الفرد التحليلى بين النظرية والتطبيق، ط٢، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٤.

١٦ ـ هشام سيد عبد الحميد، خدمة الفرد ومشكلات النمو من الطفولة إلى المراهقة، القاهرة، المكتب العربى للطاعة، ١٩٩٣.

١٧ ـ عبد العزيز النوحى، نظريات خدمة الفرد، ج١، القاهرة، ب.ن، ١٩٨٢.

١٨ ـ رمضان محمد القذافى، التوجيه والإرشاد النفسى، ط١، الإسكندرية المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٦.

19. F. Hollis, Social Case Work, The Psychosocial Approach, Encyclopedia of Social Work, N.Y., N.A.S.W., Inc. Vol. 2, 1977.

20. Felix Biestek, The Case Work Relationship, London, Unwin University Book, Ruskin House, 1968.

21. Compton, B. & Galaway, B., Social Work Processes, 3rd ed., London, The Borsey Press, 1975.

22. Jonathan, Moffet, Concepts in Case Work Treatment, London, Rout Ledge Kegan B., 1968.

٢٣ ـ محمد شريف صفر، العلاج الاجتماعى النفسى، (فى) محمد شريف صفر وآخرون، خدمة الفرد فى المجالات النوعية، القاهرة، ب.ن، ١٩٩٦ .

٢٤ ـ حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط٢ ، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨ .

٢٥ ـ حلمى المليجى، علم النفس المعاصر، ط٤ ، الإسكندرية، دارالمعرفة الجامعية، ١٩٨٢ .

26. D. Hepworth, Direct Social Work Practice, U.S.A., The Donsary Press, 1982.

الباب الثالث

نماذج تطبيقية لممارسات خدمة الفرد التحليلية

فى المجالات النوعية

الفصل السادس

معوقات عملية المساعدة فى خدمة الفرد

فى أغلب الحالات تمر عملية المساعدة فى سلام وتحقق أهدافها. وفى بعض الأحيان قد تتعرض عملية المساعدة لبعض المعوقات التى تهددها أو تسبب فشلها. ومن هذه المعوقات: المقاومة، والانحرافات الوجدانية والسلوكية، والتحويل وغير ذلك من معوقات، نتناولها هنا للفت النظر إليها للوقاية من حدوثها، ولحلها والتغلب عليها عند حدوثها. وفيما يلى أهم هذه المعوقات فى عملية المساعدة:

المقاومــــــة

Resistance

يهدف الأخصائى الاجتماعى أثناء المقابلة إلى أن يجعل للعميل دوراً إيجابياً ملحوظاً ويشركه فى كل خطوات الدراسة، وتقرير وتنفيذ خطة العلاج ولكن قد يبي العميل ألواناً من السلوك الذى يعطل عمل الأخصائى، ويعترض طريق التجاوب المرغوب، وغالباً ما تكون هذه الألوان السلوكية من النوع الدفاعى الذى يحمى به العميل نفسه من أفكار ونتائج وهمية أو حقيقية. أى أنها نوع من التغليف الدفاعى للذات Encystement of The Self. وهذه الأساليب السلوكية تعطل عمل الأخصائى وتعترض طريق وصوله إلى الأهداف الدراسية العلاجية وتسمى بالمقاومة Resistance.

وتظهر المقاومة فى بداية الصلة الاجتماعية، كما قد تظهر فى أى مرحلة منها فيما بعد، وقد تظهر المقاومة عند الأخصائى الاجتماعى ، كما تظهر عند العميل خاصة غير المقبل على عملية المساعدة أو ما يطلق عليه «العميل المقاوم» Resistance Client.

المقاومة عند العميل:

وللمقاومة عند العميل صورة ومظاهر مختلفة وكثيرة. قد تكون سلبية أو نشطة ، سافرة أو مستترة، ومن أهم مظاهر وعلامات حدوثها ما يلى:

١ ـ السلبية المطلقة فى المقابلة، وعدم التعاون فى ابداء أى تجاوب لأسئلة الأخصائى ورفض اعطاء المعلومات المطلوبة، أو اعطائها بطريقة ملتوية، وغير واضحة، وعدم الرغبة فى الإصغاء إليه.

٢ ـ خلف المواعيد، والتعلل بعدم وجود الوقت الكافى أو المناسب لها.

٣ ـ التأخير المتكرر مع ذكر أسباب واهية لذلك فى كل مرة.

٤ ـ التشكك فى أسئلة الأخصائى الاجتماعى وتحليلها بشىء من الحذر.

٥ ـ التشكك فى قيمة بعض المقترحات ومحاولة إثبات وجود ضرر لها وإثبات خطئها ورفضها.

٦ ـ التقليل من شأن بعض الخدمات المقدمة ومحاولة رفضها.

٧ ـ إلقاء اللوم على الآخرين كأسباب فى تعطيل خطة العلاج. (٢ : ٢٤١).

٨ ـ النسيان، والإنكار، والتبرير.

٩ ـ التهرب فى الكلام أو الكلام بصوت غير مسموع أو الصمت الطويل، أو عدم الرغبة فى الإصغاء إلى الأخصائى.

١٠ ـ الاسترسال فى موضوع واحد دون غيره واللف والدوران حوله.

١١ ـ الموافقة المفرطة على كل ما يقوله الأخصائى دون نقاش.

١٢ ـ اللجاجة وفلتات اللسان وتصحيح ما يقوله.

١٣ ـ الملل والضق وظهور علامات مثل اللعب فى الملابس وأجزاء الجسم،... إلخ.

وتصدر هذه المقاومة من العميل لأسباب عديدة تختلف من حالة إلى أخرى ويمكن إجمال بعضها فيما يلى:

١ ـ كراهية بعض العملاء لأن يكونوا «عملاء» أى أنه مدفوع إلى المقابلة رغم إرادته.
٢ ـ وجود وحدات مكبوتة أو مكبوحة بغيضة أو مخيفة أو مجرمة أو مخجلة، وظهورها فى حيز الشعور لا يقبله العميل مثل الخبرات الجنسية والعدوان ضد الوالدين أو غيرها.
٣ ـ وجود رغبة مرضية فى المعاناة والبقاء فى حالة الاضطراب رغبة من العميل فى تحطيم ذاته لا شعورياً.
٤ ـ حدوث التحويل الانفعالى السلبى العدوانى أى تحويل مشاعره السلبية من فرد فى حياته إلى الأخصائى.
٥ ـ بطء عملية المساعدة، ويفسرها العميل على أنها إهمال من الأخصائى.

ويجب على الأخصائى مقاومة **وتحليل المقاومة** مجرد ظهورها، إن المواد والخبرات المؤلمة والأفكار والرغبات والصدمات الانفعالية التى تعترض المقاومة ظهورها لها دلالة خاصة فى حياة العميل وارتباط وثيق بمشكلاته الأساسية ومن ثم فلها أهمية خاصة عند الأخصائى والمقاومة تمنع العميل من فهم مشكلاته. ومن هنا تأتى ضرورة وأهمية مقاومة المقاومة أو ما يسمى تحليل المقاومة وذلك بالعمل على كسر حدتها وإضعافها والقضاء عليها ولفت نظر العميل إليها وإلى أسبابها ومظاهرها، وتوضيح وشرح أضرارها، وكيف أنها تحول دون الوصول إلى أسباب مشكلاته. ويعتبر التفسير والشرح ـ فى مناخ نفسى دافئ فاهم متقبل ـ هو الأداة الرئيسية لمقاومة المقاومة تدريجياً. ويساعد على مقاومة المقاومة كذلك تقدير مشاعر العميل، ويمكن استغلال التحويل الانفعالى الموجب أى ميل العميل وحبه للأخصائى فى التغلب على المقاومة. وهكذا يبذل الأخصائى كل المحاولات ويطرق كل السبل إلى أن تتحول المقاومة إلى تعاون يؤدى إلى الاستبصار وفهم النفس ومتابعة عملية المساعدة، مع ضرورة إفهام العميل أنه مازال ـ رغم ظهور المقاومة ـ

مبقبولا وأن الأخصائى يفهم هذه الأمور وأنها لم ولن تؤثر عليه ولا على عملية المساعدة.

ومرة أخرى يلاحظ أنه فى بعض الأحيان قد يبذل العميل جهوداً لاشعورية فى مقاومة تحليل المقاومة: وهذه حلقة جديدة من المقاومة. فالعميل قد يعتبر جهود الأخصائى لمقاومة مقاومته وتحليلها بمثابة هجوم شخصى عليه ، فيزيد قلقه وهذا يدعو إلى مزيد من المقاومة، وهنا يجب أن يصر الأخصائى فى الاستمرار فى مواجهة هذه الظاهرة والتغلب عليها حتى تستمر عملية المساعدة نحو تحقيق أهدافها.

هذا وقد يعتقد البعض أن ظهور المقاومة قد يضايق الأخصائى ويشعره بالإحباط، ولكن الأخصائى الخبير يعرف أنها طارئ محتمل الحدوث. وقد يستفيد من ظهورها فى فهم بعض جوانب شخصية العميل المقاوم. ولكنه حين يعمل على تحليلها ومقاومتها فإن آثارها تزول وتستمر عملية المساعدة. (٨ : ٢٧٩-٢٨١).

مقاومة الأخصائى الاجتماعى للعميل:

أما المقاومة التى يبديها الأخصائى الاجتماعى نحو العميل فتأخذ صوراً نذكر منها ما يلى: (٢ : ٢٤٣)

١ ـ خلف الوعد.
٢ ـ عدم الاهتمام بالعميل.
٣ ـ عدم احترامه.
٤ ـ التعالى عليه.
٥ ـ عدم الإصغاء الكافى.
٦ ـ الاستخفاف بآرائه.
٧ ـ عدم اعطاء الوقت الكافى وما إلى ذلك من صور المقاومة التى يحسها العميل، ويتجاوب معها بطريقة تضر بسير الحالة الطبيعى.

وللمقاومة التى تظهر من الأخصائى نحو العميل أسباب منها:

١ ـ نقص الكفاية المهنية للأخصائى الاجتماعى:

فالأخصائى الذى تعوزه القدرة على الإدراك السليم لمشاعر واتجاهات العميل، قد تضلله بعض الظواهر النفسية له ليستجيب لها استجابات خاطئة. فقد لا يستطيع التمييز بين تردد العميل كمظهر من مظاهر الحذر وبين التناقض الوجدانى كسمة نفسية مرضية أو بين الخوف من موقف معين وبين القلق كخوف من المجهول، أو بين الحزن كاستجابة شبه دائمة وبين الألم لموقف طارئ، أو بين الغضب كاستجابة لموقف خاص وبين العدوان كنمط سائد، وعدم تمييزه لهذه المظاهر التى لا يفصلها عن الأخرى غيرخيوط رفيعة تؤدى إلى استجابة غير مناسبة للموقف، ليشعر العميل بمسافة نفسية بينه وبن الأخصائى فتتعثر نمو العلاقة المهنية مما يعوق عملية المساعدة. (١٤ : ١٣٦)

٢ ـ العمليات النفسية كالإسقاط والتحويل كأن يحول كراهيته لشخص معين شبيه بالعميل إلى العميل.

٣ ـ انخداعه بأفكار مبدئية كونها عن العميل، كأن يظن أنه استغلالى أو مشاكس أو ما إلى ذلك.

٤ ـ الشعور بعداء موجه من العميل، وحدوث رد فعل له عنده.

٥ ـ ظروف خاصة مؤقتة كضغط العمل. (٢ : ٢٤٤).

وسبيل الأخصائى إلى تناول هذه المقاومة يأتى عن طريق نقد ذاته المهنية فى ضوء الأسس الفنية المهنية الثابتة، والتحديد لأسباب هذه المقاومة بالاستعانة بالمشرف، ثم العمل على علاجها وتصحيح الأوضاع.

الانحرافات الوجدانية والسلوكية

هناك ألوان من الانحرافات الوجدانية والسلوكية لا بد من أن يوليها

الأخصائى عناية خاصة نظراً لآثارها السيئة على سير عملية المساعدة. وهذه الانحرافات الوجدانية والسلوكية قد توجد لدى العميل. كما قد تظهر عند الأخصائى. ولابد أن تكون لدى الأخصائى حساسية خاصة لإدراكها والعمل على توجيهها الوجهة السليمة.

الانحرافات الوجدانية والسلوكية ضد العميل:

من صور ومظاهر الانحرافات السلوكية عند العميل ما يلى:

١ ـ التودد الزائد.
٢ ـ الصمت المستمر أو الانطلاق فى الحديث حتى يكاد لا يعطى للأخصائى فرصة للاستفهام أو التحدث.
٣ ـ كثرة التساؤل والتزييف والكذب والتردد.
٤ ـ التعبير المبالغ فيه ككثرة البكاء أو الضحك.
٥ ـ محاولة تحويل العلاقة المهنية إلى علاقة صداقة شخصية.

ولمعاملة هذه النحرافات السلوكية لابد من فهم الدوافع الكامنة ورائها: فالتودد الزائد قد يكون ناتجاً عن شدة حاجة العميل إلى المساعدة مع اعتقاده أن تودده إلى الأخصائى يجعله يسرع فى منحه الخدمة التى يرجوها، أو قد يتصور أن فى مقدور الأخصائى أن يزيد له العون، لأنه قد لا يصدق أن الأخصائى مقيد بقيود وقواعد تحددها المؤسسة.

وقد يكون السبب هو تعود العميل على مثل هذا السلوك، أو قد يكون بسبب الشعور بالنقص والذلة، أو قد يكثر التودد لأنه يعلم أنه لا يستحق مساعدة ويلتجئ إلى هذا الأسلوب ليحجب المعلومات عن الأخصائى الاجتماعى، وهنا يكون التودد ناتجاً عن الشعور بالذنب كما يكون سبب إظهار التودد محاولة العميل للظهور بخلق كريم يجعله أكثر استحقاقاً لنيل المساعدة.. وهكذا تنبنى الظاهرة السلوكية الوحيدة على عدة أسباب متباينة يستوحيها الأخصائي ويميزها من طبيعة التفاعل بينه وبين العميل.

والصمت المستمر قد يكون بسبب الحزن أو تهيب الموقف أو عدم الرغبة فى الإدلاء بمعلومات، أو بسبب الخوف من اعطائها، أو بأسباب أخرى متصلة بموقف العميل، ولكل من هذه الأسباب معاملة خاصة تناسبها. (٢ : ٢٤٦)

والانطلاق الزائد فقد يكون إحدى صفات العميل الشخصية أو يكون رغبة منه فى تصوير المواقف أبلغ تصوير، أو قد ينتج من احتكار المشكلة لتفكير العميل واحتلالها لبؤرة شعوره فيكون الانطلاق تعبيراً عن شدة انشغاله بها. وقد تدفع العميل إلى احتكار المقابلة فكرة شغل الأخصائى حتى لا يجد فرصة لسؤال العميل أسئلة لا يريد الإجابة عنها. ولابد من أن يتدخل الأخصائى بهدوء واتزان ويوجه الحديث إلى مناطق معينة يهتم بها فى عمله.

وكذلك الحال بالنسبة **للضحك الهستيرى** والبكاء، فهو قد تكون أعراضاً أو تعبيرات وجدانية متطرفة، وقد تكون بقصد التأثير فى الأخصائى الاجتماعى وإقناعه بأن الموقف قد خرج عن حدود الاحتمال المألوف.

وكثرة تساؤل العميل دليل على القلق، والشكوك، والمخاوف، وفقدان الأمان، كما قد تكون بدافع الإلمام بمقدار كبير من المعلومات عن الموقف الاجتماعى، أو قد تنتج من شدة حب الاستطلاع، أو بسبب رد الفعل الذى ينشأ من تعرض العميل لأسئلة الأخصائى ورغبته فى أن يعرف عنه الكثير ويأخذ منه مثل ما أعطاه.

أما التزييف أو الظهور بغير الحقيقة، فهو دليل على حب الشخص للاستغلال وخوفه من أن الحقيقة لا تؤهله للعون الذى يطلبه. والتزييف نوع من الكذب، وغرضهما واحد، وهو حجب الحقائق، وعلاوة على ذلك فقد يكون التزييف والكذب نتيجة للشعور بالنقص أو بالذنب أو بالعار أو محاولة

لإرضاء الغير ممثلا فى شخصية الأخصائى والمجتمع أو خشية العقاب أو ما إلى ذلك من الأسباب التى نلمسها فى مواقف الكذب والتزييف فى حالات السرقة والإنجاب غير الشرعى، وما شابهها.

والتردد ظاهرة انحرافية مألوفة فى صلة خدمة الفرد، وهو انجذاب العميل إلى شيئين مختلفين فى آن واحد، ومنشؤه احتياجه إلى وضع وضده (كاحتياجه إلى العمل واحتياجه للعلاج) وكلاهما مهم بالنسبة لوجدانه.

ومهارة الأخصائى فى معاملة التردد تأتى من قدرته على تمييز أى الاتجاهين أكثر اتفاقاً مع صالح العميل، ثم تعضيده وسنده فى السير فى الاتجاه الأكثر صلاحية.

وتنشأ ظاهرة **تحويل العلاقة المهنية إلى علاقة صداقة** من حاجة العميل إلى علاقات سليمة خالية من الغرض السيء فى حايته الاجتماعية. وقد تكون رد فعل لشعوره بالامتنان والشكر والتقدير لجهود الأخصائى الاجتماعى، كما قد تكون بسبب اعتمادالعميل على علاقته بالأخصائى فى تفاعله الاجتماعى حتى ليخيل إليه أنه لم يعد يمكنه الاستقلال فى مواجهة أمور الحياة.

وكثير من العلماء يطلبون استمرار الصلة المهنية على صورة صلة صداقة من باب التحفظ والاحتياط لاستغلالها مهنياً إذا جد الجد ووجد العميل نفسه فى حاجة إلى جهود الأخصائى مرة أخرى. فالعلاقة مع أخصائى اجتماعى حتى ولو كانت علاقة صداقة تعتبر فى نظره نوع من الأمان ضد الأزمات الاجتماعية.

وقد يذهب بعض العملاء إلى تجسيم شعور الشكر والامتنان للأخصائى فى صورة مادية فيقدمون له هدايا. ويلحون فى قبولها، وهذه لابد من ردها بأدب ودون ايذاء لشعور العميل ومحاولة فهم الدوافع التى حدت

بالعميل إلى اتخاذ هذا التصرف إذ كثيراً ما يكون هدفه الرشوة لنيل خير لا يستحقه (٢: ٢٤٧، ٢٤٨)

الانحرافات السلوكية عند الأخصائى.

وتظهر الانحرافات الوجدانية والسلوكية عند الأخصائى الاجتماعى نتيجة لقلة خبرته وعدم مراقبته لذاته المهنية أو بسبب احتياجاته الوجدانية الخاصة، **ومن أمثلة هذه الانحرافات:** العطف الزائد وعدم الصبر والحماية الزائدة للعملاء والغضب والشعور بالنفس وعدم الأمان إزاء تصرفاته أثناء المقابلة وفيما يتخذه من خطوات.

وتنبعث هذه الانحرافات من عدة عوامل منها: شدة الحرص على تطبيق الأسسالفنية مع عدم الثقة فى النفس المهنية. والخوف من توجيه الأسئلة أو طريقة صياغتها أو عدم مناسبتها لموقف المقابلة أو من ضياع الفرصة للحصول على معلومات معينة، وعلى العموم قد تنبع الانحرافات من ناحية الأخصائى بسبب الخوف من مخالفة أصول المهنة وأسس المقابلة مع العميل ومن عدم اطمئنانه إلى تقدير العميل لشخصيته وموقفه الاجتماعى أو من شدة الرغبة فى اعطاء العمل المهنى حقه وأكثر.

ويتعامل الأخصائى مع هذه الانحرافات الوجدانية والسلوكية بوسائل مماثلة للتعامل مع المقاومة ويمكن إجمال هذه الوسائل فيما يلى: (٢ :٢٤٩)

١ ـ صراحة الأخصائى مع نفسه ودقة تقديره ووزنه للأمور مما يشعره بوجود الانحرافات بمجرد حدوثها.

٢ ـ الاعتراف بها ومراجعتها مع نفسه على أنها أمور تستحق الاهتمام.

٣ ـ محاولة فهم الدوافع المستترة خلفها والتى بعثتها إلى الظهور مع تحديد مصدرها

٤ ـ نقد الذات المهنية وتحديد مسئولياتها فى هذا السبيل.

٥ ـ السعى للإشراف لتحليل الانحرافات وتوضيح المشاعر والتصرفات الخاصة وإتاحة الفرصة لنفسه للتعبير الكافى عنها.

التحويل

Transference

ويقصد بالتحويل أى تحويل العميل لانفعالاته الخاصة بالآخرين وتركيزها وبلورتها على الأخصائى. ويمكن تشبيه الأخصائى بأنه يكون أثناء عملية المساعدة بمثابة **«شاشة بيضاء»** يسقط عليها العميل أى انفعالات يشاء.

وفي أثناء عملية المساعدة قد تتذبذب انفعالات العميل تجاه الأخصائي، فهو تارة يحبه وتارة يكرهه. وحيث أن العميل لم تكن له صلة سابقة بالأخصائى، فليس هناك ما يبرر هذا السلوك، ولابد إذن أن يكون المقصود بهذا السلوك شخصاً آخر، وما الأخصائى إلا **«شخص متاح»** يرمز إليه ، ومن ثم تتحول تجاهه الانفعالات التى يكنها العميل فى واقع الحياة لهؤلاء الأشخاص الآخرين. ويسقطها عليه ويضعه فى أدوارهم.

ومن **أنواع التحويل** ما يلى: (١٨ : ٢٨١)

١ ـ **التحويل الموجب**: وهو التحويل الذى يتسم بالحب والإعجاب من جانب العميل تجاه الأخصائى. وقد يأخذ شكل تحويل العلاقة المهنية إلى علاقة حب وقد يبرر العميل ظهور التحويل الموجب بأنه نوع من التعبير عن الامتنان وعن الجميل الذى يحمله الأخصائى الذى يساعده.

فقد يرى الحدث فى الأخصائية بديلا لأمه التى حرم من عطفها منذ وفاتها. فيسرف فى تعلقه بها وحبه لها، كما قد يسلك معها سلوكاً نكوصياً زائداً كالاتكالية والبكاء مع نوبات الغضب الطفلية. لتقوم عقبات أمام قيام علاقة مهنية مؤسسية مما يعوق عملية المساعدة.

٢ ـ **التحويل السالب**: وهو التحويل الذى يتسم بالكراهية والنفور من

جانب العميل تجاه الأخصائى وقد يأخذ شكل العدوان والمقاومة، وعدم التعاون، وفقدان الاهتمام بعملية المساعدة وإنهائها. فقد يرى الحدث فى الأخصائية بديلا لزوجة أبيه التى تذيقه ألوان العذاب ليتحول عنها مقاوماً التعامل معها، متشككا فى نواياها رغم كل ما تبذله من جهد.

٣ ـ **التحويل المختلط**: وهو التحويل الذى يجمع بين الموجب والسالب أو الحب والكراهية من جانب العميل تجاه الأخصائى.

هذا **ويعزى التحويل إلى أسباب منها ما يلى**: (٨: ٢٨٢)

١ ـ يفتقر العميل فى حياته إلى دور خاص ويعتبر خلو حياته من هذا الدور جزءاً من مشكلته ولا تكاد تتقدم العلاقة المهنية حتى يضع الأخصائى فى هذا الدور بكل الانفعالات التى ترتبط به ومن أمثلة هذه الأدوار دور الوالد... إلخ.

٢ ـ ويفسر أصحاب مدرسة التحليل النفسى التحويل بأن العميل يحيى انفعالاته الماضية إزاء الأشخاص المحيطين به ويحياها مع الأخصائى أى أنه من خلال عملية التحويل يعيد العميل تمثيل هذه الانفعالات التى حدثت فى الطفولة.

ورغم أن التحويل طارئ مهدد لعملية المساعدة، إلا أنه يمكن **للأخصائى استغلال التحويل فى عملية المساعدة** مؤقتاً على النحو التالى:

- تحليل سلوك العميل فى موقف التحويل، وفهم الكثير عن حياته الانفعالية، وذلك بدراسة السلوك المتكرر خلال عملية التحويل كعينة سلوكية حية، وخاصة أن عملية التحويل تكون تحت الضبط.
- المساعدة فى عملية التنفيس والتطهير الانفعالى لانفعالات مكبوتة عند العميل.
- التغلب على مقاومة العميل، وفى استدراج انفعالاته المكبوتة مما يتيح فهماً أوضح لديناميات الشخصية وموقفه الإشكالى. (٨: ٢٨٣)

وكذلك وكما يحول العميل انفعالاته الخاصة نحو الأخصائي إلا أنه قد يحدث في حالات نادرة أن يفلت زمام الأمر من الأخصائي ويستجيب كإنسان انفعاليًا لخبرة التحويل. إذ قد يجد الأخصائي نفسه في عميله امتدادًا لخبرة وجدانية له في الماضي يذكره فيها لتثير فيه أحاسيس خاصة نحو العميل ذاته. ليحدث ما يعرف **بالتحويل العكسي أو المضاد** Counter -Transference (١٤ : ١٣٥)

فقد تحمل الأخصائية نفس مشاعر أمومة خالصة إلى الحدث الذي تساعده كزوجة محرومة من الأطفال أو لأنه شبيه بأحد أولادها فتسرف في ابداء مشاعر العطف والحب لتنحرف العلاقة عن إطارها المهني السليم مما يعوق بدوره عملية المساعدة.

الأنماط الانحرافية نفسيًا وأو سلوكيًا

قد يكون من بين العملاء من ارتبطوا بتاريخ طويل من السلوك الانحرافي أو من يعانون من انحرافات نفسية، فهؤلاء قد تشوب شخصياتهم سمات التشكك المرضي أو الإحساس بالاضطهاد أو فقدان الثقة بالغير أو إحساس دائم بنبذ المجتمع لهم. ومثل هؤلاء يحتاجون إلى كفاءة فائقة لتخفيف حدة هذه الاتجاهات التي تشكل حاجزًا بينهم وبين الارتباط بالاخرين، يبدو هذا جليًا مع مرضى الفصام والبارانويا الذين يتشككون في الغير، بل قد يسيئوا الظن في بشاشة الأخصائي وحرارته التي قد تثير هي نفسها عندهم الشكوك من خطر عدوان وهمي (كالعدوان الجنسي) أو أي شرور أخرى تلحق بهم . (١٤ : ١٣٧)

معوقات مؤسسية

في كثير من الحالات يكون فشل عملية المساعدة أو تعطلها ناشيء عن تعقد اجراءات المؤسسة أو بطئها، أو لبعد موقع المؤسسة مما يعوق التزام

العميل بمواعيد المقابلات ويعوق انتظامها وكذلك يجعل من الصعب على الأخصائى التوجه إلى العميل، وقد تكون المؤسسة وقائية وخدماتها مفروضة على العملاء مما يجعلهم يتهربون، وبعد المسافة يعاونهم على هذا النوع من الهرب كما يحدث فى مؤسسات الأحداث المنحرفين والمؤسسات العقابية.

كما قد تفرض المؤسسة عبئاً كبيراً من العمل على الأخصائى يصل إلى الدرجة التى تعجزه عن أن تستوفى دراسة الحالات بالطريقة المهنية الدقيقة وفي ذلك خطر على عملية المساعدة.

ومن العقبات المألوفة نقص الخبرات المهنية الناضجة التى توجه العمل المهنى، كذا نقص عملية الإشراف أو تجاهلها مما يجعل استفادة الأخصائيين الجدد محدودة وتقدمهم المهنى فى عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج محدوداً. (٢ : ١٦٨)

أضف إلى ما سبق قصور إمكانات المؤسسة وضعف خدماتها، وقصور أدوات القياس الإكلينيكى للممارس المهنى لتغطية كافة متطلبات الدراسة، وأخيراً ما قد يوجد من بيروقراطية إدارية تحجب المعلومات عن الممارس عند الحاجة. (١٢ : ٤٤٨)

الفصل السابع

ممارسات خدمة الفرد فى المجال الأسرى

فى نطاق مفهوم الأسرة:

يبدو واضحاً من نظرة سريعة عبر التاريخ، أن الأسرة جماعة اجتماعية أساسية ودائمة، ونظام اجتماعى رئيسى، وليست الأسرة أساس وجود المجتمع فحسب بل هى مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك، والإطار الذى يتلقى فيه الإنسان أول دروس الحياة الاجتماعية، وربما كان ذلك هو مجمل منظور علم الاجتماع من ناحية والخدمة الاجتماعية من ناحية أخرى إلى الأسرة باعتبارها نظاماً اجتماعياً.

وجدير بالذكر أنه نظراً لتعدد أشكال الأسرة نتيجة للظروف التاريخية التى مرت بها فإنه أصبح من الملائم أن يضاف إلى كلمة «أسرة» صفة تحدد شكلها فيطلق مصطلح «الأسرة الممتدة» على الجماعة التى يتكون من عدد من الأسر المرتبطة التى تقيم فى سكن واحد وهى لا تختلف كثيراً عن «الأسرة المركبة» أو «الأسرة المتصلة» ونظراً لأن اللغة العربية أغنى من اللغات الأخرى فى مصطلحات القرابة فإنها تستخدم كلمة أسرة Family لتشير بها إلى الجماعة المكونة من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معاً فى مسكن واحد ، فى نفس الوقت الذى يطلق فيه مصطلح العائلة ليشير إلى «الأسرة الممتدة» Extended Family المكونة من الزوج والزوجة وأولادهما الذكور والإناث غير المتزوجين والأولاد وزوجاتهم وأبنائهم وغيرهم من الأقارب كالعم والعمة والابنة الأرملة... إلخ. وهؤلاء جميعاً يقيمون فى نفس المسكن ويشاركون فى حياة اقتصادية واحدة تحت رئاسة الأب الأكبر أو رئيس العائلة.

وقد تأثرت الأسرة بصورة عامة بالتغيرات التاريخية والاجتماعية

والاقتصادية والعمرانية التى مرت على المجتمعات فى مختلف أنحاء العالم فتغير بناؤها أو انكمشت وظائفها، إلا أن الأسرة بمعناها الضيق والمحدد، والتى اصطلح على تسميتها «الأسرة النواة» Nuclear Family ظلت مركز التناسل ومصدر الرعاية الأولية المباشرة، ومع كل النتائج التى طرحها التغير وخاصة فى مجال الاتجاه نحو الفردية أو العزلة القرابية إلا أنه فى كثير من أنحاء العالم حتى فى أكثر أجزائه الصناعية تقدماً، لازال الفرد يمر خلال حياته بنظامين مختلفين من الأسرة النواة.

فهو يولد فى أسرة مكونة منه ومن أخوته (أخوة ـ أخوات) ومن والديه تسمى «أسرة التوجيه» Family of Orientation وعندما يتزوج الفرد ويترك أسرته يخلق لنفسه «أسرة نواة» أخرى تتكون منه ومن زوجته وأطفاله تسمى حينئذ «أسرة الإنجاب» Family of Procteation

أسرة التوجيه وأسرة الإنجاب

بالرغم من صغر حجم الأسرة فهى أقوى نظم المجتمع ـ فهى النظام الذى عن طريقه نكتسب إنسانيتنا كما أنه لا يوجد طريقة أخرى لصياغة بنى الإنسان سوى تربيتهم فى أسرة. ومن هنا فكل شخص ينتمى بشكل ما لأسرة واحدة على الأقل، ولذلك تعد الأسرة المهد الحقيقى للطبيعة الإنسانية، فضلا عن أن تجربة الحياة خلالها ضرورية لتحويل المولود إلى مخلوق «إنسانى» يعيش فى انسجام مع الآخرين. (١ : ٣٢، ٣٦)

خدمة الفرد الأسرية (ماهيتها وأهدافها):

بدأ الاهتمام بخدمة الفرد فى المجال الأسرى فى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٨١٧ حينما بدأت جمعيات تنظيم الإحسان فى دراسة أسباب المشكلات الاجتماعية ومحاولة علاجها إذ تبين لهذه الجمعيات أن مساعدة الأسرة على النهوض كوحدة اجتماعية أنجح بكثير من مساعدة

أفرادها كل على حده، كذلك ظهرت الحاجة لزيارة مساكن العملاء واستكشاف أحوالهم الاجتماعية ومحاولة تكييفهم لبيئتهم الأصلية ومراعاة تهيئة هذه البيئة برفع مستوى أفرادها الصحى والاقتصادى والثقافى والاجتماعى وإيجاد جو من التفاهم والتآلف بين أفراد الأسرة الواحدة.

وعلى ذلك أصبح من الضرورى أن ينظر للمشكلة ككل مع جعل الأسرة محور الاهتمام حيث أنها الأساس فى تربية الأبناء وتهيئتهم لكى يصبحوا أفراداً أسوياء قادرين على التعامل مع الغير

بذلك نهض هذا الميدان وبدأت الكثير من جمعيات تنظيم الإحسان فى تغيير سياستها وتسميتها حتى أن الكثير منهاأصبح يدعى جمعيات رعاية الأسرة.

وتأثر ميدان رعاية الأسرة بحركة الصحة العقلية التى أضفت عليه جواً من الدراسة التحليلية للدوافع والاحتياجات الإنسانية والتى أصبح تفهمها أساساً لرسم خطط العلاج حتى لا تكون الخدمة لمعالجة المشاكل الظاهرية فقط (المرحلة الاجتماعية فى نمو خدمة الفرد) ومن هنا بدأ الاهتمام بدراسة الانفعالات والدوافع النفسية للزوجين وحالتهم العاطفية وقدرتهم على التكيف (المرحلة النفسية لخدمة الفرد).

بذلك أصبح دور الأخصائى الاجتماعى المشتغل فى المجال الأسرى Family C.W لا يقتصر على مقابلة الاحتياجات المالية للأسرة واستغلال القوى الكامنة بأفرادها لرفع مستواهم الاقتصادى أو تسهيل العلاج الطبى لأحد أفرادها فحسب بل تعدى ذلك إلى دراسة العلاقات الزوجية وتفهمها عن بصيرة للوقوف على جذور المشاكل النفسية التى قد تكون سبباً فيما نشأ بالأسرة من توتر أو تفكك (مرحلة التكامل فى خدمة الفرد) هذا إلى جانب تفهيم الزوجين وتبصيرهما بالآثار المترتبة على الخلافات القائمة ومدى

تأثيرها على مستقبل أبنائهما كل هذا ليبقى على رباط الأسرة ووحدتها وتماسكها.

تأسيساً على ما سبق يمكننا القول:

(أ) إن خدمة الفرد الأسرية هي مجموع الجهود التي تبذل بأسلوب فعال لصيانة وتنمية العلاقات الأسرية بغية تقوية أواصرها والابقاء عليها مع استغلال أقصى قدرات أفرادها للوصول بهم إلى درجة من الاستقرار والطمأنينة والمعيشة في جو من التآلف والتعاون والمحبة والمشاركة.

(ب) تهدف خدمة الفرد في نطاق هذا المجال إلى العمل على تماسك الأسرة وإسعادها لأنها الوحدة الأساسية في كل نظام اجتماعي واقتصادي وسياسي حيث يرى المهتمون بدراسة العلوم الإنسانية والاجتماعية، إن حياة الأسرة السعيدة متكاملة أساس للمجتمع وضرورة لتكوين العلاقات الإنسانية السليمة والمجتمع والعالم أجمع.

(ج) وتحقق خدمة الفرد أهدافها بمساعدة الأسر والأفراد على إيقاظ قدراتهم وقواهم الكامنة وتنمية شخصياتهم ليتمكنوا من القضاء على الصعاب التي تعترض سعادتهم وليستقلوا بحل المشاكل التي تؤثر تأثيراً سيئاً في حياتهم ومن أهم ما تعنى به خدمة الفرد الروابط الأسرية فهي تعمل جاهدة على تقويتها وتدعيمها بشتى الوسائل وتقابلها في هذا السبيل مشاكل لا حصر لها تهدد تماسك الأسرة لتوجه إليها مجهودات جبارة حتى تتغلب على آثارها السيئة وتحفظ على الأسرة تماسكها وحياتها كوحدة سليمة في مجتمع سليم، ولكي تحقق خدمة الفرد أهدافها مع الأسرة يجب أن تراعي الآتي: (٢: ٩، ١٤)

١ ـ يجب الإيمان بأهمية الأسرة كمؤسسة اجتماعية لها أهدافها ووظائفها وأنها الوحدة الأساسية التي يجب أن تنصب عليها

كافة عناصر العلاج والتوجيه والتنمية.

٢ ـ يجب معرفة الصور السليمة للتفاعل داخل الأسرة والتى يجب تحقيقها وذلك لقياس الصور الخاطئة للتفاعل وأسبابها الممنوعة ومعنى هذا أن تهتم الخدمة الاجتماعية بدراسة مختلف مشكلات الأسرة فى كل مراحل تكوينها ومختلف نواحى نشاطها.

٣ ـ دراسة المجتمع المحيط بالأسرة لتحديد التقاليد والعادات والحياة الاجتماعية ككل والعناصر الكامنة والموجهة لسلوك أعضاء الأسرة مع الاهتمام باتجاه الدوافع لترشيدها وإعادة توجيهها.

٤ ـ يجب دراسة وفهم مختلف الأساليب السليمة للتعامل بين أعضاء الأسرة والأسس التى يجب الاعتماد عليها فى توفير وتدعيم هذه العلاقات.

٥ ـ لابد من متابعة الاتجاهات الحديثة فى معالجة مشكلات الأسرة خصوصاً ما يتعلق منها بالعلاقات الزوجية وتنشئة الأبناء وبصفة خاصة الاتجاهات الدينية.

٦ ـ أهمية الإلمام بقوانين الأحوال الشخصية وقوانين المساعدات الاقتصادية والضمان الاجتماعى وكذلك قوانين الحضانة والكفالة والأحداث.

فى تصنيف المشكلات الأسرية:

لايوجد فرد أو أسرة أو مجتمع فى هذه الحياة إلا وله مشاكله ولا تقاس الصحة النفسية بمدى الخلو من المشاكل، ولكن بمدى القدرة على مجابهة المشاكل وحلها حلاً سليماً.

إن الضعف والاستسلام القدرى، أو الهروب من المشاكل لا يفيد، وإنما محك القوة يتمثل فى إرادة التغيير ، والعلاج العلمى المخطط النابع من

واقعنا، من آمالنا، من إمكانياتنا، من خصائص مجتمعنا التاريخية والاجتماعية والسياسية، والدينية، وليس بالعلاج المرتجل أو المستورد، قد نستطيع نظرياً أن نتصور المجتمع بلا مشاكل أسرية وغيرها، هذا طبعاً إذا استطاع المجتمع أن يتيح لكل أسرة إشباع حاجاتها من جهة، ومن جهة أخرى إذا كانت حاجات الأسرة تتفق مع مطالب المجتمع ، إلا أن الواقع غير ذلك ففى كثير من الأحيان، وفى كل المجتمعات، يصعب التوفيق بين المطلبين وتقع المشاكل الأسرية إما لضعف الأسرة عن الاحتمال أو لإسراف المجتمع فى التحامل، ومن ثم تظل المشاكل الأسرية ظاهرة اجتماعية أبدية وإن اختلفت درجات حدتها، وعليه فلا يوجد مجتمع له مشاكل أسرية والآخر بدون مشاكل، ولكن الاختلاف ينصب على الدرجة وليس على النوع.

وفى الواقع المشكلات الأسرية متعددة ومتشابكة، ولا ترجع إلى سبب واحد بل إلى عدة أسباب وعوامل متداخلة. ويمكننا تقسيم وتصنيف هذه المشكلات الأسرية على النحو التالى:

أولا ـ تقسيم وتصنيف المشكلات الأسرية حسب المراحل التى تظهر فيها فى الدورة الأسرية:

(١) مشكلات قبل الزواج:

ومنها سوء الاختيار الزوجى، التفاوت وعدم التكافؤ بين الزوجين وفى الشخصية، أو فى العمر، أو فى المستوى الاجتماعى وما يصاحب ذلك من معايرة أو تعال أو شعور بالنقص لدى أحد الطرفين ، والاختلاط الزائد والتجارب قبل الزواج (وما يصاحب ذلك من سلوك محرم وكذب وتورط وشك متبادل وخيانة للأهل والضمير).

(٢) مشكلات أثناء الزواج (بعد الدخول):

ومنها مشكلات تنظيم النسل (وما قد يصاحبه من خلافات حول مداه ومدته وما يرافقه من اضطرابات نفسية جنسية وردود فعل عصابية أو العقم (وما يصاحبه من اتهام كل طرف رفيقه بأنه هو السبب، واللجوء إلى الدجالين والمشعوذين، والانفصال أو تعدد الزوجات، وشعور العاقر بالإحباط والحرمان والحسرة والحقد وتوتر الأعصاب) وتدخل الحماة والأقارب (وما يصاحبه من مشاعر الأسى والغيرة والخصومة والمكيدة). وتعدد الزوجات (وما يصاحبه من إرهاق وتشتت وعدم استقرار وظلم وتصارع وتسابق وغيرة ومكيدة) واضطراب العلاقات الزوجية (مثل الليونة أو القسوة الزائدة والهجران والغيرة الشديدة والطلاق الانفعالى) ، والمشكلات الجنسية (مثل الممارسات الشاذة وعدم التكافؤ بين الإفراط والضعف، والخيانات الزوجية (وما يصاحبها من شك وطلاق).

(٣) مشكلات بعد إنهاء الزواج:

مثل الطلاق (وما يصاحبه من مشكلات الأطفال والنفقة... إلخ) والترمل والعزوبة بعد الزواج (وما يصاحبه من صعوبة التوافق والوحدة والقلق والهم والخوف والاضطرار للعمل لكسب العيش، أو التقوقع فى البيت والحاجة إلى مساعدة الآخرين والاضطرار للمعيشة مع الأولاد المتزوجين أو المتزوجات معيشة الضيف، والخلافات والمشكلات نتيجة التدخل ، وتنكر الأصدقاء وخاصة النساء اللائى يخشين أن تخطف الأرملة زوج إحداهن أو تغريه، وتنكر أفراد أسرة المتوفى للأرمل أو حدوث خلافات بسبب الميراث، الأولاد)، والزواج من جديد (وما يصاحبه من بقاء آثار للزواج السابق، ومشكلات الأولاد من الزواج السابق) (٣: ٥٣٩، ٥٤٠).

(٤) مشكلات الشيخوخة وسن القعود:

ومنها الشعور بالعزلة والوحدة النفسية، وضعف العلاقات الاجتماعية

بين المسن وأصدقائه وانحصارها تدريجياً فى دائرة ضيقة، والتطرف فى نقد سلوك الجيل التالى، والشعور بقرب النهاية وعدم القيمة وعدم الجدوى فى الحياة وزيادة الفراغ ونقص الدخل (وما يصاحبه من إحساس بالقلق والخوف من المستقبل) وضعف الطاقة الجنسية أو التثبت بها (وما يصاحبه من زواج المسن من فتاة فى سن بناته، أو الشك فى سلوك زوجته أو اللجوء للتصرفات الجنسية الشاذة)، والضعف الصحى العام وضعف الحواس كالسمع والبصر... إلخ) وذهان أو قبل الشيخوخة (وما يصاحبه من اكتئاب وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير... إلخ). (٣: ٥٤٥-٥٤٧)

ثانياً - تصنيف المشكلات الأسرية بحسب كونها مشاكل خاصة أو عامة:

(١) من حيث المشاكل الخاصة:

فهى ما تتعلق بالزوج أو الزوجة، والمشاكل الزوجية المتعلقة بالزوج أهمها الكراهية وسوء المعاملة للزوجة، والفرق الكبير بينه وبين الزوجة فى السن، والمرض، والانحطاط الأخلاقى، ومن جهة الزوجة نجد مشكلات الكراهية والنفور، وسوء الخلق، ورعونة التصرف، وإهمال شئون المنزل، والعقم، والخروج عن طاعة الزوج وغيرها.

(٢) أما من حيث المشاكل العامة:

وهى ترجع إلى المجتمع وما ينتابه من مشكلات اقتصادية سيئة أو مواريث ثقافية خاطئة، أو عادات زواجية فاسدة منتشرة فى البيئة.

ثالثاً - تصنيف المشكلات الأسرية بحسب العوامل الغالبة فى حدوثها:

١ - **مشكلات نفسية:** مثل سوء التوافق العاطفى والجنسى، والغيرة والخيانة الزوجية، والنزاع على السيادة فى الأسرة وغيرها.

٢ ـ **مشكلات اجتماعية:** مثل سوء العلاقة بين الزوجين والأبناء، ومشكلات المرأة العاملة ، وتعدد الزوجات، والطلاق، وغيرها.

٣ ـ **مشكلات اقتصادية:** قلة الدخل، وانعدام الدخل، سوء التصرف فى الدخل.

٤ ـ **مشكلات صحية:** مثل المرض المزمن، والعاهات والعقم.

٥ ـ **مشكلات ثقافية** : مثل تنافر الميول الشخصية والقيم بين الزوجين وتباين المستوى التعليمى.

٦ ـ **مشكلات عقلية:** مثل تباين مستوى الذكاء بين الزوجين والضعف العقلى.

٧ ـ **مشكلات أخلاقية:** مثل ارتكاب الفحشاء، والقسوة فى معاملة الزوجة أو الأبناء والتنكر للقيم الاجتماعية والأخلاقية فى معاملتهم والتبرج، وعدم الصدق والصراحة والإخلاص فى العلاقات الزوجية، ومن جانب الأبناء عدم الاهتمام بنصائح الوالدين وعدم احترامها والاستماع إلى قرناء السوء، والانحراف والتشرد والتسول، والمروق، وارتكاب الجرائم. (٤: ١٣٩، ١٤٠)

تلك المشاكل الأسرية وأمثالها يجب أن تنال عنايتنا واهتمامنا كما يعنينا فى ميدان الأسرة دراسة أسباب تفكك الأسر، فمثلا ندرس اختلاف الثقافات والأعمار والأمزجة وأثر كل هذا فى حياة الأفراد وفى حياة الأسرة ويجب أن يكون هدفنا الكامن وراء هذه الدراسة العمل على مساعدة الأسر والأفراد على إيقاظ قواهم الكامنة وتنمية قدراتهم الشخصية ليتمكنوا من القضاء على الصعاب التى تعترض سعادتهم وليستقلوا بحل المشاكل التى تؤثر تأثيراً سيئاً على حياتهم هذا مع ضرورة الاهتمام بتقوية الروابط الأسرية وتدعيمها بشتى الوسائل.

نماذج من الأساليب العلاجية للمشكلات الأسرية:

١ ـ أهم ملامح علاج المشاكل الخاصة ببناء الأسرة:

تقوم الأسرة على أساس نظام الزواج، فهو النظام الذى لا ترضى بغيره شريعة من الشرائع أساساً تستند إليه الأسرة فى تكوينها، ولاشك أن العلاقات الزوجية تقوم على دعائم مختلفة، وروحية وعاطفية، وتعاونية متبادلة ومشاركة بين الزوجين، ومثل هذا النوع من العلاقات ليس من السهل تنظيمه ولكن يتخذ العمل بشأنه وجهات مختلفة. ولا يكف أن تقوم التشريعات وحدها لضمان قيام أسرة قوية متالفة متعاونة ولكن يلزم توحيد الجهود نحو حسن إعداد الأفراد فى اختيار بعضهم البعض ليكون بين كل منهم انسجام وترابط وفهم للأمور، وتقدير للاختلافات التى تكون حتماً بين طبائع كل من الزوجين بحيث تتفرغ الأسرة وتوجه جهودها نحو الهدف المشترك، وهى تربية من تنجبهم من أولاد تربية سليمة صحيحة.

ومن أهم وسائل العلاج ما يلى: (٣: ٥٤٢)

١ ـ العلاج النفسى:

وينصب على تنمية الثقة فى النفس واستعادة الثقة والتوازن والتوافق، وتعديل أنماط السلوك الزواجى المنحرف باستخدام الطرق المناسبة مثل علاج السلوكى وغيرها. والقضاء على أنواع المخاوف والقلق والصراع والحرمان والإحباط والشك فى الحياة الزوجية، وحل المشكلات الحالية وإعادة التفاهم، وتيسير الحقائق الصحيحة نفسياً، والعلاج النفسى لحالات العقم الوظيفى (النفسى المنشأ)، والعلاج النفسى الدينى وتنمية الضمير الحى وخشية الله تجاه السلوك والتصرف الخاطئ فى الخياة الزوجية، وتقديم خدمات الإرشاد الزواجى لتناول المشكلات قبله وأثناءه وبعد إنهائه والمشكلات العامة.

٢ ـ العلاج البيئى:

ويشمل علاج الأسباب الاجتماعية لمشكلات الزواج، وتصحيح كل ما يتعلق بشخصيتى الخطيبين والزوجين من الناحية الاجتماعية وأسرتيهما والعلاقات الاجتماعية وحل المشكلات الاجتماعية، والحث على إبراز أهمية الصدق والصراحة والإخلاص والحب والاحترام والثقة المتبادلة وحسن الصحبة والعشرة ومراعاة الحقوق والقيام بالواجبات والمشاركة فى السراء والضراء والمحافظة على الأسرار والمشاعر والكرامة والمعاملة الحسنة المساندة فى حالات الانفصال والطلاق والترمل بحيث يمنع الانفصال أو الطلاق والترمل فى المحاكم، والعمل على تحقيق التوافق فى الزواج الجديد فى حالة حدوثه، وتحويل خبرة الانفصال أو الطلاق من خبرة مؤلمة إلى خبرة معلمة بالاستفادة من الأخطاء الماضية، ومساعدة الأرمل على تعلم المهارات الاجتماعية الجديدة التى تناسب طارئ العزوبة الإجبارية ويجب الاهتمام بالتربية الجنسية والتزويد بالمعلومات الصحية عن ماهية النشاط الجنسى واكتساب التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية الخاصة بالسلوك الجنسى، وتنمية الضوابط للدافع الجنسى والشعور بالمسئولية الفردية والاجتماعية وكذلك يجب الاهتمام بالتربية الزواجية ضمن عملية التربية والتنشئة الاجتماعية حيث يعرف الأطفال والشباب ما يجب معرفته من حقائق الحياة الزوجية ومطالبها وأصول عملية اختيار الزوج وأصول المعاملة الزوجية إعداداً للشباب لحياة زوجية سليمة.

٣ ـ العلاج الطبى:

ويشمل تقديم المعلومات الطبية السليمة وتصحيح المعلومات عن الوراثة والتناسل وتنظيم النسل، والعلاج الطبى لحالات العقم... إلخ.

(ب) **أهم ملامح علاج مشكلات الشيخوخة:** وتتلخص فيما يلى: (٣: ٥٤٨)

١ - العلاج الطبى:

علاج الأعراض الطبية المرتبطة بالضعف العام والضعف العضلى والإمساك والاهتمام بالغذاء والنظافة وحث المسن على الحركة وعدم كثرة النوم واستخدام المنومات فى حالة الأرق واستخدام المهدئات إذا لزم الأمر، ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربائية فى حالات الاكتئاب. وينصح بزيادة النشاط والحركة والقيام ببعض الرياضة تجنباً للانهيار الصحى. وينصح بالإقلاع عن التدخين أو على الأقل الإقلال منه.

٢ ـ العلاج النفسى:

ويجب أن يهدف إلى تحقيق الأمن النفسى والانفعالى وإشباع الحاجات وتحقيق عزة النفس للمسن وشعوره بالحب وأنه مطلوب وأن أهله فى حاجة إليه، وإقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفى لإسعاده فى الحدود الجديدة التى يفرضها سنه ويفيد فى ذلك العلاج بالعمل، هذا مع الاهتمام بإرشاد المسنين علاجياً ومهنياً وأسرياً مع الاهتمام بمشكلات وقت الفراغ وتقديم الخدمات الإرشادية المتخصصة وخاصة فى مؤسسات رعاية المسنين.

٣ ـ العلاج البيئى:

وهنا يجب تنمية اهتمامات وميول المسن وملء وقت فراغه بوسائل التسلية ودفعه إلى المشاركة فى الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام ويجب تشجيع المسن على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ، ولتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى يجب الاهتمام بالتأهيل النفسى والاجتماعى للمسن، ويفيد فى هذا الصدد إعداد الورش العلاجية والنوادى الدينية والمعسكرات الصيفية... إلخ. وهذه من وظائف الخدمة الاجتماعية الناجحة. ويجب التوسع فى إنشاء مؤسسات لرعاية المسنين لتوفير

الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم وطاقاتهم بحيث يمكن لكل منهم الحياة فى شىء من الراحة الصحية مع الآخرين، ولقد تطورت الفكرة فى بعض الدول العصرية والصناعية فأنشأت بيوتاً خاصة للمسنين وتطورت عند بعضها إلى إنشاء أحياء كاملة للمسنين، وعند البعض الآخر إلى إنشاء مدن جديدة لهم. ويوجد فى مصر بعض هذه البيوت والموسسات. كذلك يجب التغلب على أزمة التقاعد بالتمهيد العلمى والنفسى لها وذلك عن طريق التقاعد التدريجى الذى يبدأ فى منتصف العمر بين سن ٥٠ – ٦٠ بإنقاص ساعات العمل تدريجياً إلى النصف ثم إلى الثلث ثم إلى الربع ثم ينتهى هذا التناقص التدريجى إلى التقاعد، وذلك عن طريق زيادة الإجازات الأسبوعية والسنوية، ويجب تدريب الأفراد على المهارات والهوايات المناسبة لاستغلال أوقات الفراغ وخير للمجتمع أن يجد عملا جديد للمتقاعدين ـ ولو بعض الوقت ـ يتناسب مع قواهم ومواهبهم مثل استخدامهم فى الاستشارات والتوجيه بدلا من مجرد إعالتهم ويعتبر هذا نوعاً من «العلاج بالعمل» وقد قامت بعض الدول إما بالغاء أو رفع السن القانونية للإحالة للتقاعد للمساهمة فى التأهيل النفسى للمسنين والاستفادة من خبراتهم فى الإدارة والتنظيم، بحيث لا يكلف المسن إلا وسعه ولا يحمل ما لا طاقة له به.

دور خدمة الفرد فى المشكلات المرضية الناشئة عن الشيخوخة:

يهمنا فى هذا المقام أن نتعرف على دور الأخصائى الاجتماعى فى المشكلات المرضية الناشئة عن الشيخوخة ، هذه الواجبات يظهر أهمها فيمايلى: (٥ : ٢٠٥)

١ ـ توجيه عناية المريض وأسرته إلى أن أهم ما يجب العناية به هو الحرص على الراحة الجسمية والعقلية، فلا يقوم المريض بأى مجهود يجاوز نطاق مقدرته التى يحددها الفحص الطبى.

٢ - يلعب التعديل البيئي دوراً واضحاً فى تخفيف حدة المرض بحيث يستبعد كل ما يقلق راحة المريض النفسية والعقلية.

٣ - يعتبر العلاج بالعمل من العوامل الهامة فى تخفيف حدة المرض، فهى تساعد المريض على أن يوسع من آفاق اهتمامه ويخرج من عزلته... إلخ. ومن أمثلة هذا العلاج أعمال النسيج اليدوى والعمل فى الحدائق وتربية الطيور أو أعمال النجارة والتحف وما إلى ذلك.

٤ - من أهم عوامل استقرار حالة المريض الانفعالية تجنب إثارته. والعمل على مساعدة الأسرة فى النهوض من كبوتها واعتمادها على أفرادها فى موازنة حاجياتها المادية مما يخفف من حدة التوترات الانفعالية التى قد تنشأ عن الأزمات المادية التى قد يواجهها المسن.

استراتيجيات التدخل العلاجى فى محيط المشكلات الأسرية

ومن أهم الاستراتيجيات العلاجية التى يمكن أن يستخدمها أخصائى خدمة الفرد فى محيط مواجهة المشكلات الأسرية ما يلى:

استراتيجية الاستخدام الفعال لقنوات الاتصال:

كل رسالة لها مستويين ، فالمستوى الأول كما ترسل والثانية هى مستوى الاتصال المتبادل فكل إنسان له قدرة على استقبال واستيعاب المعلومات ويتوقف ذلك على السن والصحة والمستوى الثقافى وغير ذلك ففى موقف الأسرة عندما يكون هناك فارقاً كبيراً بين المستويين فإنه قد يكون سوء الفهم راجع لفرق السن أو حالة الحواس أو أسباب أخرى ولهذا كان على الأخصائى الاجتماعى أن يوضح سبب الخلط أو سوء الفهم.

قد يحاول الأخصائى الاجتماعى فى الموقف العلاج أن يعيد فتح قنوات اتصال كانت قائمة فعلى سبيل المثال عندما تبدأ الحياة الزوجية تتأثر بالحدة وشدة الانفعالات وتكون العلاقة بين الزوجين قوية والاتصال قوى

بينهما ولكن مع تقدم الحياة ولانشغال الزوجين بأشياء أخرى يقل الاتصال بين الزوجين، لذا يمكن للمعالج أن يعيد فتح القنوات.

قد تكون مشكلات الاتصال راجعة إلى أن بعض القنوات مختلفة أكثر ومحملة أقل مما يجب فعلى المعالج أن يوجه الانتباه نحو هذا الموقف فعلى سبيل المثال قد تجد فرداً من الأسرة يتحمل كثيراً ويكون ملوماً عند حدوث مشكلات للأسرة. لذا يكون دوره تخفيف الضغط على هذا الفرد بإعادة تشكيل الاتصال فى الأسرة وإعادة النظر فى المسئوليات الملقاة على أفراد الأسرة.

ويمكن للأخصائى أن يحلل أثر الخبرة الماضية على الحاضر وكيف أن الخبرة الماضية تؤثر على الجو المحيط بالاتصال فهذا الجو إما أن يسهل الاتصال أو يعوق الاتصال.

ويمكن للمعالج أن يستخدم التغذية العكسية لتحقيق أهداف العلاج فعلى سبيل المثال إذا ما كان الزوج لا يساعد زوجته بدرجة كافية مما يجعلها تستجيب لذلك بمحاولتها لجذبه ويتوقف موقف القناة بين الزوجين على استجابة الزوج لمحاولات الزوجة (سواء بالإيجاب أو الرفض) فعلى الأخصائى أن يحدد سبب استجابة الزوج وما الذى أعاق استخدام القناة.

ويستخدم الأخصائى حالة الأسرة التى تؤثر على التبادل بين الأسرة والمجتمع. ويعتبر بناء السلطة فى الأسرة أحد المناطق التى تحدث فيها مشكلات. فعلى سبيل المثال عند بداية الزواج يكون الزوج هو صاحب السلطة ولكن مع تقدم الحياة فى الأسرة وإنجاب الأطفال قد يتغير مركز الزوجة ومع زيادة سن الأبناء واشتغالهم يتغير بناء السلطة فى الأسرة.

وفى المدينة تكافح المرأة من أجل المساواة وفهم الزوجة للأدوار يختلف عن الزوج لهم وهذا الاختلاف يرتبط بالأدوار وبالقيادة مما يؤثر على التنشئة

الاجتماعية للأبناء. وعلى الأخصائى أن يساعد الوالدين على الاتفاق على تكامل الأدوار فيما يتعلق بالقيادة فى الأسرة فيمكن تحديد بعض الأشياء لتكون من سلطة الأب والبعض الآخر من سلطة الأم ويتم وضع قواعد عليهما وأما المناطق المشتركة فيمكن وضع قواعد لها.

ولما كانت ظروف الأسرة متغيرة عليه أن يتناول الأشياء التى تغيرت وكيف تواءمت الأسرة معها حتى يدرك مواطن الاضطراب يحدد كيف يتناوله. فعلى سبيل المثال قد يتزوج الرجل طالبة فى الجامعة فيكون نمطاً للتفاعل وتتخرج بعد فترة ثم تعمل ولكن هذا النمط الذى كان سائداً لا يصلح مع تغير الموقف الأسرى ومثال آخر أن بعد الزواج مات والد الزوجة وأصبح لديها ثروة كبيرة تدر دخلا ثابتاً فالزوجة فى الحالتين تغير موقعها من حيث الدخل وبالتالى تغيرت سلطتها فى الأسرة مما قد تؤدى إلى اضطراب أسرى يتناوله الأخصائى بإعادة وضع القواعد التى تنظم بناء السلطة فى الأسرة والاتصال بين أفراد الأسرة.

ولايمكن النظر إلى تغيير اتصالات وبناء الأسرة بدون النظر إلى المحيط الاجتماعى الذى تعيشه الأسرة فالأسرة النووية تختلف فيها البناء بالاتصالات عن الأسرة الممتدة وتكتشف إذا ماكان بالأسرة أبناء صغار عنها أبناء بالغين. ويختلف الاتصال فى الأسرة الكبيرة العدد عنه فى الأسرة الصغيرة ففى الأولى يكون لدى المعالج الفرصة كبيرة لإيجاد قنوات أكثر للاتصال وبالتالى يكون لديه اختيار أكبر للقنوات الأكثر فاعلية.

لذا فإن المعالج يختار القنوات التى قد تكون أكثر تأثيراً فى تغيير أنماط الاتصال فى الأسرة ويستفيد بالأشخاص الأكثر سلطة لأنهم أكبر تأثيراً فى المبادأة والتأثير على الآخرين. (٦ : ٢٠١-٢٠٣)

استراتيجية تغيير البناء الأسرى:

عند التفكير فى تغيير البناء على المعالج أن يقيم الموقف الأسرى هل

بناء الأسرة ثابت ولم يتغير لمواجهة التغيرات التى حدثت فى المجتمع أى أن أشياء ما فى الأسرة لا يتوائم مع متطلبات المجتمع ولهذا فهو فى حاجة إلى التغيير أم أن الأسرة فى حالة عدم استقرار تحتاج إلى الوصول إلى حالة ثابتة. وما هى التأثيرات الخاصة بالبناء على أداء الأسرة لوظائفها سلبياً أو إيجابياً. وبناءً عليه أن يحدد ما هى التغييرات المطلوبة. عليه أن يساعد الأسرة لتحديد موطن الاضطراب أو الخلل فى البناء لتحديد الأهداف العلاجية فقد تكون فى الحدود حول الأسرة أو أحد أنساقها أو فى بناء السلطة.

فبما يمكنه أن يستخدم الاتحاد أو الانضمام مع أحد الأفراد أو الأنساق الفرعية أما أن يكون بينه وبين الآخرين أو بين بعض أفراد الأسرة، وهذا الاتحاد سيفيد فى البناء وبالتالى يؤثر على باقى النسق فإذا ما واجه الوالدان مثلا الأبناء كل على حدة قد يحدث اضطراب نتيجة التضارب أو التناقض أو تكرار الشيء الواحد ولكن اتحاد الوالدين فى مواجهة الأبناء قد يعيد التوازن.

قد يحدث الاضطراب فى الأسرة نتيجة للتنافس أو الصراع بين بعض الأعضاء أو بسبب تمييز أحد الأبناء على الآخر مما يؤثر على الأسرة ككل لذا كان إعادة تحديد قواعد الاتصال يساعد على التقليل من الصراع.

وفى بعض المواقف يصعب على الأسرة أن تسكن فى مسكن مستقل، لظروف السكن فى هذه الأيام مما يضطر بعض الأسر أن تعيش مع أسر الأقارب ولكن هذا الاشتراك قد يكون معوقاً للأسرة لأداء وظائفها لذا فإن المعالج يمكنه مساعدة الأسرة على التكيف مع الموقف واستمرارها مع الأقارب فى مسكن واحد مع فصل المعيشة حيث الاستقلال فى الحياة اليومية.

قد تأتى الصعوبة فى تكوين حدود على الأنساق من إقامة الأسرة مع أحد الأقارب فقد تعودت الأسرة على نمط للتفاعل فعند زواج أحد الأبناء والإقامة مع نفس الأسرة فإن هذا يتطلب إعادة بناء الأسرة على أساس

انضمام العضو (المتزوج حديثًا) إلى نسق جديد وهو النسق الزواجي الجديد والذى يتطلب إعادة وضع حدود بين الأسرة الجديدة والأنساق الأخرى الموجودة فانضمام زوجة جديدة لا يعنى مجرد انضمام فرد لأسرة ولكنه هناك نسقًا جديداً لأسرة جديدة مما يستلزم وضع قواعد للأنساق فهناك استقلال فى مكان لم يعد متاحا لأفراد من الأسرة (ثم الأخوة، وتختلف التوقعات بالنسبة لأفراد الأسرة والشخص الجديد مما يخلف اضطراباً فى الأسرة، لذا كان على المعالج أن يجدد خطوات لمساعدة الأسرة على إعادة بناء (وقد عرض هذا المثال لاحتمال حدوثه كثيراً ليس فى الريف فقط حيث الأسرة الممتدة هى النمط الشائع ولكن فى المدينة حيث تقل المساكن المتاحة للمقبلين على الزواج).

١ ـ يعقد جلسات مع النسق الجديد (الأسرة حديثة الزواج) ليقوى الرابطة ويوضح الحدود.

٢ ـ مساعدة الأسرة الحديثة على الاحتفاظ ببعض الأمور والموضوعات فى داخل هذا النسق.

٣ ـ يساعد الزوجين على تحديد طريقة التفاعل مع باقى أفراد الأسرة مع المحافظة على قيمة الولاء للأسرة.

٤ ـ على الزوج أن يتحرك نحو الاستقلالية فى أموره الخاصة، وهذا الاتحاد بين الزوجين سيكون له استجابة من الأسرة.

٥ ـ لذا كان على المعالج أن يتناول الأسرة للمساعدة على تكوين أنماط جديدة للاتصال بما يتلاءم مع التغير الذى حدث فى الأسرة.

مساعدة الأسرة على وضع قواعد للحدود بين الأسرة والمجتمع وبين الأنساق الفرعية فقد حدث تغير فى المجتمع لم يتبعه وضع قواعد للأسرة مما أدى إلى اضطراب فى العلاقات الأسرية فقد حدد المجتمع مثلا واجبات على الزوج وهى الإنفاق على الأسرة ولكن مع تغير المجتمع وخروج المرأة للعمل

لم يغير المجتمع من هذه القواعد (نظراً لارتباط هذه القواعد ببعض الأنساق التى تتغير بسهولة مثل النسق الدينى) فأصبحت موارد الزوجة مصدراً لبعض الاضطرابات ففى الوقت الذى تخرج فيه للعمل ويقل الجهد المبذول من جانبها فى رعاية الأسرة تحصل على مورد لم يحدد المجتمع طريقة التصرف فيه لذا كان على المعالج أن يساعد الأسرة على وضع قواعد إزاء هذا المورد مما يحقق التوازن الأسرى.

لما كانت بعض الحدود جامدة فى الأسرة بما لا يسمح بتناول العلاقات بينها وبين الأنساق الأخرى لذا كان على المعالج أن يساعد الأسرة على زيادة الاتصال بالمؤسسات المختلفة فى المجتمع، ويمكن للمعالج أن يتناول: تعديل الحدود الجامدة فى داخل الأسرة أيضاً حيث أن هذه الحدوث من شأنها أن تغير التفاعل الأسرى فالحدود الجامدة بين الزوجين أو الحدود الجامدة بين الوالدين والأبناء أوبين إحداهما والأبناء تخلق نوعاً من المشكلات فى التفاعل بين أفراد الأسرة.

استراتيجية تغيير القيم والعادات:

نظراً للتغير السريع فى المجتمع الراجع إلى التصنيع وزيادة التحضر والاختلاط بالشعوب الأخرى فإن بعض الأنساق تتأثر أكثر من غيرها مما يؤدى إلى عدم اتساق بين التغير فى أجزاء المجتمع أو عدم اتساق بين التغير فى الأنساق داخل الأسرة. فعلى سبيل المثال نظراً لأن الرجال أكثر اتصالا بالأنساق الخارجية فهم أسرع تغيراً وأكثر تأثيراً بالأنساق الأخرى بينما النساء يتغيروا بدرجة أقل مما يخلق نوعاً من عدم الاتساق الداخلى مما يستدعى تدخل الأخصائى الاجتماعى لتناول اختلاف أو تضارب القيم والاتجاهات.

ولكى يتناول هذا عليه أن يحدد الاختلاف والتشابه بين قيم الأسرة

وقيم المجتمع من جهة وقيم أفراد الأسرة من جانب آخر. وأثر ذلك على أداء الأسرة لوظائفها وعليه أن يختار القيم الهامة المؤثرة على حل الموقف الإشكالى. (٦: ٢٠٤-٢٠٧)

كما يجب على الأخصائى أن يختبر مفهوم الشخص عن نفسه ومفهوم باقى أفراد الأسرة عنه ومدى اتفاق هذين المفهومين وما هى أوجه التناقض بينهما.

حالات ونماذج تطبيقية للمناقشة

الحالة الأولى

تقدم السيد/ (ع.س) الكمياوى بمصنع الأصباغ بشبرا الخيمة إلى مكتب التوجيه الأسرى طالباً بمساعدته فى إزالة الخلاف بينه وبين زوجته السيدة/ (ف) أخصائية التصميم بمصنع الحرير.

وقد ذكر فى طلبه أن زوجته ذهبت إلى منزل أسرتها لوضع مولودها الأول منذ ثمانية أشهر ولكنها رفضت العودة لمنزل الزوجية، وفيما يلى المعلومات التى جمعتها الأخصائية الاجتماعية فى خلال ثلاث مقابلات مع الزوج ومقابلتين مع الزوجة أحدهما بمنزل أسرتها بحضور والدها والثانية على انفراد مع الزوجة فى المكتب:

الزوج: يبلغ من العمر ٣٢ عاماً ضئيل الجسم ، بشكل ملحوظ:

١ ـ يبدو عليه التوتر والحدية.

٢ ـ يضمن حديثه الكثير من المعانى الدينية والأخلاقية.

لا ينظر إلى عمل المرأة بارتياح. قضى دراسته حتى المرحلة الثانوية بمدينة الزقازيق ومدة تعليمه الجامعى بالإسكندرية: عين ثمان سنوات بمصنع البيضا بكفر الدوار نقل منذ ثلاث سنوات إلى عمله الحالى منذ عشرة شهور يتقاضى مرتب ١٠٠ جنيه شهرياً إلى جانب دخل غير ثابت قدره ٣٠ جنيه شهرياً فى المتوسط من استشارات وتدريس بمدرسة ثانوية ليلية.

الزوجة: تبلغ من العمر ٢٨ عاماً. ضخمة الجسم، وسيمة الوجه، يبدو عليها الميل للمرح. سريعة الانقياد للغير، أنهت تعليمها بالمعهد الفنى العالى ببورسعيد منذ أربع سنوات وأسرتها من الإسماعيلية حيث كان يعمل والدها مقاول توريد التموين للبواخر بمنطقة القنال، لم تعمل بعد التخرج بسبب

عدم موافقة زوجها على عملها ولكنها التحقت بعملها الحالى منذ ستة أشهر تحت تأثير والدتها لتعول نفسها وابنها بعد هجرة أخويها الكبيرين إلى كندا منذ سبعة أشهر.

الحياة الزوجية: تزوج الزوجان عن طريق الأخ الكبير الذى تعرف على الزوج وقدمه للأسرة ويقرر الزوج أن جميع إجراءات الزواج لم تتم إلا بموافقة الأم بينما لم يكن للأب أى رأى سوى تنفيذ ما يتم الاتفاق عليه وتذكر الزوجة أن زوجها كان يرغب فى عدم الإنجاب فى بداية الحياة الزوجية ولكنه تحت تأثير ما كانت تشيعه الأم من عدم اكتمال رجولته وافق على الإنجاب، وكانت الزوجة قبل الهجرة من الإسماعيلية إلى القاهرة تزور أمها يومياً بدون الزوج، أو تقوم أمها بزيارتها مما كان يدفع الزوج إلى التماس أسباب لترك المنزل بسبب نقدها لتصرفاته وكانت تصفه بأنه «كشرى» أى عبوس.

٣ ـ وتقرر الزوجة أنها كانت تنقل للزوج كل ما تقوله أمها عنه «بسلامة نية» مما كان يثير الزوج ولما كانت الأم تميل لمظاهر الثراء والبذخ فقد كانت تتهم الزوج بالبخل بينما الزوجة تقرر أنه كان فى الإسماعيلية يستجيب لكل طلباتها.

٤ ـ ولما انتقلت الأسرتان إلى القاهرة منذ ثمانية أشهر أقام الزوج وزوجته بشبرا بينما أقام والد الزوجة وزوجته بالمعادى ، مما تعذر معه الزيارات، وتشكو الزوجة من أن زوجها لا يهتم بالعلاقات العاطفية فى حياته الزوجية الأمر الذى يضايقها أشد الضيق.

٥ ـ بينما لم يستجب الزوج لحديث الأخصائية حول هذه العلاقات واعتبر أن الزوجة التى تتحدث عن هذه الناحية إباحية فاقدة للحياء. ولو أنه اعترف عقب هجر الزوجة لمنزل الزوجية بأنه اتهمها بأنها كانت على

علاقة بآخرين قبل الزواج وأنه نادم على هذا الاتهام، وقد رفع الزوج قضية طاعة ودعوى تمكين لمشاهدة الطفل وقد رفعت الزوجة دعوى نفقة ودعوى طلاق، ودعوى تبديد، أسورة ماسية، وإن كانت الزوجة تذكر أن أمها هى التى أرغمت والدها على رفع هذه الدعاوى وأنها أرغمتها على توقيع التوكيل للمحامى فى هذا الشأن بدعوى أنها لازالت صغيرة ولا تعرف مصلحتها. ويشترط الزوج للصلح أن تتخلى عن عملها أن تبعد عن أمها.

وفيما يلي المقابلة الثالثة مع الزوجة بالمكتب:

حضرت الزوجة اليوم يبدو عليها السرحان، شاحبة اللون، جلست بطرقة فلما استفهمت منها الأخصائية عن أحوالها قالت بعصبية ـ على غير عادتها ـ إنها اختلفت مع أمها بالأمس لأول مرةمنذ زواجها بسبب خطاب وصل إلى الأسرة من كندا من أخيها الأكبر ينصحها فيه بالعودة إلى زوجها وعدم موافقة أمها على تفكيرها، وأن أمها ثارت ثائرتها لذلك ولولا تدخل الأب لمزقته، واستفهمت الأخصائية عن رأى الأب فى الخطاب فقدمت الزوجة الخطاب للأخصائية وهى تقول إنها تشعر أن والدها يعطف على موقف الزوج ولكنه متأثر بسبب ما أشاعه الزوج عنها من أنها كانت لها علاقات سابقة وقد تبين من الخطاب أن الأخ شديد الضيق لتصرفات أمه ويلقى عليها تبعة جميع المشاكل التى تعانيها الأسرة. وينصح بالعودة لزوجها والتنازل عن جميع القضايا فى سبيل استقرارها.

استفهمت الأخصائية عن رأى الزوجة فى الخطاب فقالت أنها تشعر أن أمها بعد هجرة الأسرة من كفر الدوار أصبحت وحيدة وأن دخلهم انخفض ولم يبق لهم سوى عمارة دخلها ٨٠ جنيه (ثمانون جنيهاً) فى الشهر بكفر الدوار ووالدها لا يجد من يشتريها حالياً. ثم أطرقت لحظة وقالت أنها تعتقد أن جميع المشاكل يمكن حلها إذا قبل الزوج الإقامة معهم وأن هذا قد يقرب بين أمها وبينه.

٦ ـ فأشارت إلى أنها تعلم أن من شروط الصلح هو ابتعادها عن أمها فقالت أن هذا ما يضايقها فهى موزعة بينهما ثم قالت أن أمها أثناء مناقشتها بالأمس اشترطت عليها. فى حالة قبولها الصلح ألا تترك عملها وأن تدع الطفل يقيم عند والدتها لتقوم بتربيته ولكنها تعلم أن زوجها لن يوافق على ذلك فلما استفهمت الأخصائية.

٨ ـ عن رأيها فى ترك العمل قالت أنها لا تدرى، لأن رأى والدتها له أهمية فى نظرها وأنها تشعر أن وجودها فى العمل يوسع أفقها فى التفكير. تساءلت الأخصائية عما إذا كانت العميلة تشعر بخوف دائماً من والدتها فقالت إن والدتها هى التى قامت بتربيتها على طريقتها وأنها كانت كلما قابلت موقفاً صعباً كانت تفكر فوراً فى كيف يكون رأى والدتها. سألتها الأخصائية عما إذا كان لذلك علاقة بعدم استقرار والدها بالمنزل بسبب عمله.. فأطرقت لحظة وقالت أن أمها كانت تقول عنه دائماً أنه جاهل ولم يكن له رأى إطلاقاً... ثم نظرت إلى الأخصائية.

٩ ـ وقالت أن فى تاريخ والدها ثلاث زيجات فى البحيرة ولكن أمها كانت ترغمه فى كل مرة على طلاق كل زوجة وخاصة أنه لم ينجب منهن. تساءلت الأخصائية عما إذا كان لهذه الخبرة أثر فى نظرتها نحو زوجها فأمنت على ذلك وقالت إنه لا يميل للمزاح معها وخاصة بعد هجرتهم إلى القاهرة وأن والدتها كانت تعلل ذلك بأنه ربما يفكر فى الزواج بأخرى لأن هذا هو السبب الحقيقى لبقائها إلى جوار والدتها بعد الولادة حتى ترغمه على الإقامة معهم حتى تضمن عدم زواجه بأخرى.

١٠ ـ وأضافت أمها لكى تظهر حسن نيتها مستعدة أن تذهب إلى النهاية

وتتنازل عن دعوى التبديد، ولكن الأخصائية أرجأت ذلك إلى أن يتم الصلح، ثم دارت المناقشة حول عملها وطلبت إليها الأخصائية أن تفكر للمقابلة القادمة فى هذا الموضوع وتم الاتفاق على أن تستخدم وسائل منع الحمل لحين أن تستقر الأمور وتمت موافقتها على عقد مقابلة مشتركة بينها وبين زوجها بعد خمسة أيام وانصرفت.

(١) ناقش العبارات التى تحتها خط.

(٢) ضع صياغة تشخيصية فى حدود صفحة كاملة.

(٣) ضع خطة للعمل الأساسية فى المقابلة المشتركة بين الزوجين.

الحالة الثانية

حضر (س) اليوم إلى مكتب رعاية الأسر البديلة بالإسكندرية يطلب مقابلة الأخصائية المشرفة عليه والتى فى إجازة وضع فأحاله مدير المكتب للآنسة (ن) الأخصائية المعينة حديثاً بالمكتب لبحث شكواه.

دعته الأخصائية لمقابلتها ورحبت به وقدمت نفسها إليه.. كان فتى فى حوالى السابعة عشرة، قصير القامة ممتلئ الجسم أشقر اللون بوجهه آثار جروح قديمة وإن كان معتنياً بمظهره العام ـ بالاستعلام عن شكواه أجاب بصوت عال باهت الانفعال بأن أبويه البديلين يتهمانه بأمور لم يرتكبها ويشعر بأنهما يكرهان إقامته معهما وبالأمس تشاجر مع أبوه الذى يطالبه بترك دراسته والعمل لمساعدته ثم أضاف بنفس الانفعال بأنهم عرفوا جميع أهل الحى بأنه ليس من ذريتهم. .. استوضحته الأخصائية عما يمكن أن تفعله من أجله فقال بعد تردد أنه يريد منها استعادة حاجياته من المنزل حيث قرر أن يستقل بمعيشته بعيداً ... عقبت الأخصائية بأنها حديثة العهد بالعمل فى المكتب وإن كانت ترى أن قراره بترك الأسرة خطير ويهدد مستقبله... كانت فترة صمت قطعتها الأخصائية بالاستعلام عن بعض البيانات العامة فذكرها لها.

ثم تساءل العميل إذا كانت الأخصائية الأصلية سيطول غيابها فأجابته الأخصائية بأنها ربما تعود فى أوائل الشهر القادم وأضافت متسائلة عن كيفية معيشته بعد ترك الأسرة.. فأوضح الفتى بأنه سيعيش مع صديق له يعمل بالتجارة حتى ينتهى من أداء الامتحان.. نصحته الأخصائية بالتمهل لحين مقابلتها للأسرة لمحاولة تسوية الأمور بينهما... ولما أثير موضوع مبيت الفتى اليوم لحين مقابلة الأخصائية للأسرة فى الغد اقترحت الأخصائية الزميلة لها بالحجرة إيداع الفتى فى دار الضيافة بالجيزة مؤقتاً فوافق الجميع على ذلك وتم إرساله إلى المؤسسة.

في نفس اليوم حضرت للمكتب بنفسها الأم البديلة، بدت في مقتبل العمر، سمراء اللون، تساءلت في قلق شديد عن سعيد الذى تغيب منذ الأمس وأبدت مخاوفها في صوت متهرج من أن يكون قد عاد إلى شلة الفساد التي علمته التدخين والقمار بل كاد يدخل السجن بسببهم وطمأنتها الأخصائية على وجود الفتى بالمؤسسة وذكرت لها تفاصيل ما حدث. أنكرت بشدة ادعاءاته على الأسرة وعددت الأخصائية مظاهر الرعاية التي يحظى بها من فلوس ومدرسين خصوصيين بل كيف كانت ومازال تتستر على تصرفاته الشاذة مع أولاد الجيران ولا تطلع زوجها عليها ومشكلته مع زوجها هي في كونه لا يتبع تعليماته له بالصلاة وخاصة وزوجها شديد التدين حاد المزاج وكثيراً ما يتشاجرا لاعتقاده أنها تسرف في تدليله حتى أفسدته أبدت استعدادها للذهاب للمؤسسة لإعادته ليستذكر دروسه إلا أن الأخصائية نصحتها بالتمهل ووافقت على أن تتم بينهما مقابلة مشتركة في الغد. تركت مع الأخصائية مبلغ ٥٠ قرشاً لتوصيلها للفتى في المؤسسة وانصرفت.

اطلعت الأخصائية على ملف الفتى وعلمت بأنه لقيط، تولت حضانته ثلاث حاضنات بالأجر، جف فجأة لبن الأولى، وأهملته الثانية ضحياً أما الثالثة فرغم أنها منحته عناية أكبر إلا أنه يشك في أنها كانت تستغله في ممارسات جنسية شاذة وهو مازال في الرابعة من عمره. أمضى عامين بأحد الملاجئ قبل أن تتسلمه الأسرة البديلة منذ ثمان سنوات، كما ورد في تقرير الملجأ أن الطفل متخلف جداً في تحصيله الدراسي كثير الشغب قليل الاختلاط بالآخرين ونصح بالكشف على درجة ذكائه. استقر الطفل في الأسرة البديلة وهي نوبية الأصل زوج وزوجة لا ينجبان حتى وصل إلى الثالثة إعدادى.. ورد في آخر تقرير للأخصائية التي تزور الأسرة دورياً بأن البديلين يعنيان كلياً بالطفل وإن كانا بحاجة إلى توجيه في أسلوب

تعاملهما معه خلال مرحلة المراهقة. كما أنها نبهت الأم إلى عدم الإشراف على استحمامه وتجنب وجود المجلات والصور الخليعة كما نصحت بأهمية البحث عن مسكن بغرفتين بدلا من الغرفة الواحدة الحالية ورغم أن الأب يشكو من تصرفاته إلا أنه طيب وكثيراً ما يتمنى أن ييسر المكتب منح الفتحى اسم الأسرة ليصبح رسمياً ابناً لها.. أما الأم الأصلية فقد جاء ضمن مستندات الملف ما يفيد بأنها على اتصال مستمر بالمكتب (سراً) للاطمئنان على ابنها وهى متزوجة من قهوجى فى السيدة زينب وتفضل كتمان أمرها على ابنها.

أعيد الفتى من المؤسسة تمهيداً للمقابلة المشتركة مع الأم البديلة وذكرت مشرفة المؤسسة للأخصائية تليفونياً أنه «متعب»، وضبط يحوم ليلا حول عنبر نوم الشباب وتوسل إليها ألا تخبر المكتب بما فعله.

بدأ الفتى المقابلة قبل حضور الأم عابساً يشكو آلاماً فى ظهره وتساءلت الأخصائية عما يشكو منه أجاب بأن البرد كان شديد بالمؤسسة ولم يستطع النوم... علقت الأخصائية بابداء دهشتها من ذلك حيث الجو كان الأمس حار على عكس العادة علل قليلا أن يجيب بأنه على العموم لم يسترح هناك.. بعد مناقشة حول ما دار بين الأخصائية وبين الأم تساءلت الأخصائية عما إذا كان يشعر بأنه يخلق المتاعب لنفسه قبل أن يخلقها له الآخرون، احتد الفتى ونفى ذلك قائلا إن الناس دائماً تظلمه.. واجهته الأخصائية بما حدث منه بالمؤسسة وبالمنزل أيضاً وكيف كان يضللها فى ادعائه علم الأسرة بأشياء لم تحدث كما واجهته بمرات هربه السابق من الأسرة وانغماسه فى تيارات انحرافية.

شحب وجه سعيد وإن عاد لينكر متهماً الأخصائية بالتحيز لأنها تكذبه هو وتصدق الآخرين.. وختم ثورته بصوت حاد النبرات بأنه سيطفش ويريح الناس منه.. عقبت الأخصائية بأن من حقه أن يتصرف كما يشاء ولكن

المكتب لن يساعده بعد ذلك إذا لم يستجب لتوجيهاته.. أجهش فى البكاء.. وتعاطفت الأخصائية مع مشاعره.. ذاكراً أنه شخص حساس وقادر أن يكون فى وضع أفضل مما هو فيه ولكن تهوره يخلق له العديد من المشاكل. وافق الفتى على المقابلة المشتركة مع الأم وجلس فى انتظارها.

أسئلة للمناقشة:

١ ــ ناقش تصرفات الأخصائية من خلال مناقشة العبارات التى تحتها خط.

٢ ــ ضع صياغة تشخيصية مناسبة.

٣ ــ ضع خطة علاجية متكاملة لهذه الحالة.

الإجابة:

أولا ـ مناقشة ما تحته خط:

١ ــ دعته الأخصائية لمقابلتها بمكتبها ورحبت به وقدمت نفسها له:

دعوة الأخصائية للعميل فى مكتبها تقصد به الإيحاء للعميل بمدى أهميته واهتمامها به ، فى مكان يطمئن فيه على أسراره. ثم رحبت به وقدمت نفسها إليه وذلك من أهداف المقابلة الأولى حتى يشعر باحترامه والاهتمام به وفى ذلك تطبيق لمبدأ التقبل حتى تتمكن الأخصائية من تهيئة مناخ نفسى مناسب يسمح للعميل بالتعاون مع الأخصائية.

٢ ــ عقبت الأخصائية بأنها حديثة العهد بالمكتب وإن كانت ترى أن قراره بترك الأسرة خطير ويهدد مستقبله:

تصرفت الأخصائية تصرفات عندما قالت للعميل أنها حديثة عهد بالمكتب لأنها بذلك توحى للعميل بعدم مقدرتها وعدم كفاءتها مما يفقد العميل الثقة بها وبالتالى يعطل تكوين العلاقات المهنية.

أما قول الأخصائية بأنها ترى أن قراره بترك الأسرة خطير ويهدد مستقبله فهو محاولة من الأخصائية لربط العميل بالواقع ومواجهته بهذا

الواقع بما فيه من آلام ولو أن العميل سيغضب موقتاً إلا أنه سرعان ما يدرك أن الأخصائية على حق لأنه هو أيضاً يعلم أن قراره خاطئ ومن ثم فإن موافقة الأخصائية على هذا التصرف فسيظل يخدعها أو تضلله وبالتالى لن يثق بها.

إلا أن مواجهة العميل بالواقع يجب ألا تتم قبل تكوين العلاقة المهنية حتى يشعر العميل أن هناك من سوف يقف بجانبه عندما تواجهه الواقع المؤلم الذى عجز عن مواجهته بمفرده ولذلك نقول إن تصرف الأخصائية سليم مهنياً إلا أن توقيته ليس مناسباً لأنه سبق إدانة وإذا تلمسنا العذر للأخصائية فإننا نقول إنها أرادت بذلك أن تبدأ من بؤرة اهتمام العميل ولكنها تسرعت من ذلك.

٣ ـ تساءل العميل عما إذا كانت الأخصائية الأصلية سيطول غيابها هذا رد فعل طبيعى لتصرف الأخصائية الخاطئ عندما ذكرت له أنها جديدة وذلك رأى أنها لا تستحق ثقته وشعر أنه لا يطمئن لقدرتها على مساعدته ولذلك فهو يبحث عن الأخصائية التى استطاعت اكتساب ثقته والتى يشعر معها بالأمن والعون والاطمئنان.

٤ ـ اقترحت الأخصائية الزميلة لها بالحجرة إيداع الفتى فى دار الضيافة بالجيزة موقتاً فوافق الجميع.

هذا التصرف خاطئ تماماً وكيف توافق الأخصائية على نزع طفل من أسرة تربى فى وسطها ثمان سنوات بهذه السهولة ثم وضعته فى المؤسسة بعد هذه السنوات الطويلة وكيف يودع فيها مؤقتاً وأسرته موجودة وكيف يقضى هذه الفترة المؤقتة وليس له علاقات بأحد وكل من حوله غرباء عنه وهل وجود بعض الخلافات بين الطفل والوالدين البديلين مبرر كاف لعودة الطفل إلى المؤسسة. إن عودة الطفل للمؤسسة هى آخر خطوة تفكر فيها الأخصائية وذلك بعد أن تفشل جميع الخطوات الأخرى. أما اشتراك

زميلات الأخصائية فى المناقشة وابداء الرأى فيمكن اعتباره تصرفاً سليماً لو نظرنا إليه على أنه سرية جماعية بين فريق واحد من الأخصائيات فى نفس المؤسسة.

إلا أنه من الواجب أن لا يحدث ذلك إلا بعد موافقة العميل على اشتراكهم.

٥ ـ اطلعت الأخصائية على ملف الفتى:

هذه خطوة مهنية سليمة من جانب الأخصائية حيث يجب الاستعداد للمقابلة وذلك بالاطلاع على الملفات وتحديد هدف المقابلة بالإضافة إلى الإعداد النفسى للأخصائى للمقابلة.

٦ ـ متعب..وضبط يحوم ليلا حول عنبر نوم الأشبال وتوسل إليها ألا تخبر المكتب بما فعله.

العميل متعب وهذا طبيعي لما يعانيه من مؤثرات وضغوط فهو يعانى من الشعور النفسى بالإضافة إلى الشعور بعدم الانتماء ولذلك فهو قلق ومضطرب نفسياً مما أظهر عليه التعب.

وضبطه وهو يحوم ليلا حول عنبر نوم الأشبال فهو يحاول إشباع رغباته الجنسية الشاذة لأنه يعانى من شذوذ جنسى وقد يكون هذا السلوك لا شعورياً وقد يرجع هذا السلوك اللاشعورى إلى الصدمات الانفعالية التى مر بها فى طفولته المبكرة خاصة وأنه قد استغل فى ممارسات جنسية شاذة وهو فى الرابعة من عمره لعب فيها دوراً سلبياً وبالرغم من كبته لهذه الخبرة فى اللاشعور إلا أنه يظل شاعراً بالذنب وتأنيب الضمير ولذلك سوف يظل يبحث عن عقاب لنفسه ليسكن به هذا الضمير الذى يعذبه.

وتوسل إليها ألا تخبر المكتب بما فعله فقد يكون خوفاً من طرده من المؤسسة أو قد يرجع ذلك إلى خوفه على ذاته من التجريح وخاصة بالنسبة لهذا الموضوع المخجل.

٧ ـ وإذ تساءلت الأخصائية عما يشكو منه فأجاب بأن البرد كان شديداً بالمؤسسة ولم يستطع النوم.. علقت الأخصائية بابداء دهشتها من ذلك حيث الجو كان بالأمس حاراً على غير العادة.

تساءل الأخصائية عما يشكو سؤال مفتوح تتيح فيه الأخصائية الفرصة للعميل ليعبر عن مشاعره السلبية حتى تخفف من مؤثراته بالإضافة إلى إشعار العميل باهتمام الأخصائية بالعميل والتعاطف ولكن العميل لجأ إلى مظهر من مظاهر المقاومة وهو التبرير كإحدى الحيل الدفاعية الهروبية التى يهرب بها العميل من نقد الغير لتصرفاته الخاطئة بتقديم الأسبتاب والأعذار التى يبغى من ورائها احترام الذات وكبت الشعور بالذنب.

وعندما علقت الأخصائية بابداء دهشتها من ذلك حيث قالت بأن الجو كان بالأمس حاراً على غير العادة فى محاولة من الأخصائية لجذب العميل بالواقع بطريقة ضاغطة وإن كانت ستغضب العميل مؤقتاً إلا أنه سيحترم الأخصائية ويثق فيها بغير ذلك لأنه يعلم جيداً أنه يتهرب من مواجهة الواقع وإذا نجحت الأخصائية فى مواجهة العميل بالواقع مع تكوين علاقة مهنية قوية فسوف يتعاونان معاً على مواجهة هذا الواقع مهما كان مؤلماً وسيتحمل العميل المسئولية الكبرى فى حل المشكلة.

٨ ـ تساءلت الأخصائية عما إذاكان يشعر بأنه يخلق المتاعب لنفسه قبل أن يخلقه له الآخرون، احتد الفتى ونفى ذلك وأن الناس دائماً تظلمه.

محاولة من الأخصائية لتبصير العميل بموقفه حتى يعرف أنه السبب فى خلق هذه المتاعب وذلك استكمالا لمواجهة الواقع ولذلك احتد العميل وحاول الهروب من المواجهة مرة أخرى ولجأ إلى التبرير مرة أخرى وهذا يشير إلى أن العلاقة المهنية لم تتكون بعد.

ثم واجهته الأخصائية بما حدث بالمؤسسة وبالمنزل وكيف كان يضللها فى ادعائه على الأسرة بأشياء لم تحدث كما واجهته بمرات هربه السابق من الأسرة والانغماس فى تيارات انحرافية وهنا تقم الأخصائية بمزيد من مواجهة الواقع ولكنها لم تراع عدم إدانة العميل أو الترفق به وقد يكون ذلك بقصد تحطيم مقاومة العميل عن طريق السلطة الضاغطة التى تشبه سلطة الأب على أبنائه لأن هذا النوع من العملاء قد يكون متعوداً على مثل هذا النوع من المعاملة وخاصة وأنه مر بطرق كثيرة من التعامل مع الأسرة التى احتضنته قبل ذلك وقد ظهر أثر ذلك النوع من الضغط على العميل فى التقليل من مقاومته كما يتضح فى الفقرات التالية:

٩ ـ عقبت الأخصائية بأن من حقه أن يتصرف كما يشاء ولكن المكتب لن يساعده بعد ذلك إذا لم يستجب لتوجيهاته:

تصرف الأخصائية سليم وذلك بعد أن لجأ العميل للهروب والمقاومة مرة أخرى فقد منحته حق تقرير المصير وأعطته حرية التصرف إلا أنها لجأت إلى الضغط مرة أخرى وذلك بالتهديد باستخدام سلطة المؤسسة وحذرته من عدم استجابته لها ولذلك تراجع العميل عن مقاومته وانهارت فى غيابه وقد اتضح ذلك عندما بكى العميل والبكاء معناه الاستسلام وانهيار المقاومة وبداية لتكوين العلاقة المهنية.

١٠ ـ وافق الفتى على المقابلة المشتركة مع الأم:

بعد أن استغلت الأخصائية سلطتها فى الضغط على العميل رجعت وتعاطفت معه حتى تخفف من الآثار السلبية التى نتجت عن هذا الضغط وبعد أن نجحت فى تحطيم مقاومته وتخليصه من دفاعياته فى تكوين العلاقة المهنية التى ظهرت بوادرها عندما وافق أن تقوم الأخصائية بعمل المقابلة المشتركة وذلك بداية تعاون العميل مع الأخصائية الاجتماعية.

ثانياً ـ صياغة للحالة:

(س) فتى لقيط عمره ١٧ سنة يعانى من اضطراب نفسى يتمثل فى الاتكالية والانحرافات الجنسية ونواحى أخرى من الانحرافات السلوكية وهو يعيش مع أسرة حاضنة بعد أن عاش مع أسرات حاضنة أخرى ثم أودع فى مؤسسات إيوائية إلى أن يسلم إلى هذه الأسرة ويرجع سبب مشاكله إلى عوامل بيئية وأخرى ذاتية.

و(س) فتى مضطرب الشخصية يسلك الكثير من السلوك المنحرف مثل الانحرافات الجنسية والسرقة والتدخين والمقامرة وذلك نتيجة لشعوره بالنقص وعدم الانتماء مما أثر على علاقة الأسرة الحاضنة التى تتكون من زوج وزوجة يحبان الطفل ويعاملانه كابن لهما إلا أن الأم الحاضنة كانت تسرف فى تدليله وتخفى عن الوالد انحرافاته أما الأب فكان يتمنى له كل خير ويود أن يراه مطيعاً ومتديناً مثله وهذا شقة الخلاف بينهما حيث أن الابن يمر بمرحلة المراهقة التى يشعر فيها الطفل بأنه كبر ويريد التحرر من السلطة. ولكن الفتى كان يخالط بعض رفاق السوء الذين يشجعون على السلوك المنحرف الذى كان سبباً فى خروجه عن طاعة الوالدين وتركه المنزل ولجوئه إلى المؤسسة.

وقد عاش (س) طفولته المبكرة مليئة بخبرات سيئة وإحباطات متكررة نتيجة لتكرار حضانته بين أكثر من أم حاضنة الأمر الذى ثبت لديه حرماناً شديداً من اشتقاق اللذة الجنسية والعاطفية والجنسية فى مرحلة الطفولة حيث جفّ لبن الأم البديلة الأولى ثم إهماله صحياً من الثانية وأخيراً استغلاله فى ممارسات جنسية جادة من الحاضنة الثالثة لعب فيها الطفل دوراً سلبياً وهو مازال فى طفولته المبكرة. فكان ذلك بالنسبة له صدمة انفعالية حطمت كيانه النفسى. وبما أن هذا الموقف مثير للقلق ولا تقبله الذات ولا الضمير لذا لجأ إلى كبت هذه المشاعر وما ترتب على ذلك من مشاعر

الذنب وتعذيب الضمير. ومما زاد من تفاقم المشكلة نومه مع والديه فى غرفة واحدة الأمر الذى قد يترتب عليه الاطلاع على الخبرات الجنسية بين الوالدين البديلين وهو فى سن مبكرة وهذا يعد بالنسبة له بمثابة صدمة انفعالية ثانية قد كبتت فى حينها إلا أنها قد تكون سبباً لانحرافاته فيما بعد.

ومازاد من اضطرابات الطفل وقوعه فريسة للصراع النفسى بين قوتين متعارضتين أحدهما متصلة بنزعات الهو حول استمرار الأم الحاضنة فى الإشراف على استحمامه وعرض المجلات والصور الخليعة بالإضافة إلى محاولة إشباع غرائزه الجنسية بانحرافاته والقوة الأخرى متصلة بنزعات الذات العليا حول الافتعال لتعليمات والده البديل نحو إقامة الصلات والتمسك بتعليمات الدين وطاعة والده البديل.

ولكنه عجز عن حل هذا الصراع أو تجنبه أو تقبله مما زاد من شقائه النفسى الداخلى وهو يأمن هذا الواقع المولم لجأ إلى سلوك وظيفى تكيفى تمثل فى التدخين والمغامرة وللسرقة من المنزل كوسائل هروبه من المواقف الصراعية كمحاولة منه لتخفيف القلق المنبعث من الصراع.

وعلى كل فالفتى يعانى من رواسب طفلية مرضية وذاته ضعيفة ظهرت فى اندفاع السلوك والاضطراب فى التفكير. والوالدان يعانيان من نقص فى الإدراك الخاص للأسلوب المناسب لمقابلة الفتى فى مرحلة المراهقة وإن كان الأب يعانى من تزمت فى الذات العليا إلا أنه يملك ذات قوية متماسكة يمكن استغلالها عند تنفيذ الخطة العلاجية ـ كما يمكن استغلال طيبة الأم فى تدعيم الخطة العلاجية.

ثالثاً ـ الخطة العلاجية:

من العبارة السابقة يتضح لنا أن هناك عوامل موثرة فى الموقف الإشكالى للعميل ومن هذه العوامل عوامل بيئية وأخرى ذاتية ولذلك لابد أن تشمل الخطة العلاجية كلا الجانبين التى سوف نوضحها فيما يلى:

أولا ـ العلاج البيئى:

(أ) بالنسبة للأم:

يجب التأثير فى شخصية الأم بحيث تعدل من طريقة وأسلوب تعاملها مع الفتى بما يتمش واحتياجات مرحلة المراهقة وحيث اتضح من التشخيص أن الأم تعانى من نقص فى الإدراك الخاص بالأسلوب المناسب لتربية الابن فى مرحلة المراهقة التى يمر بها، وهذا يتطلب الخطوات الآتية:

عمليات تعليمية لتعديل العادات عن طريق التوضيح والتفسير.

(ب) بالنسبة للأب:

١ - لقد اتضح من التشخيص أن الأب يعانى من نقص فى الإدراك الخاص بالأسلوب المناسب لتربية الابن وذلك عن طريق تعليمية توضيحية مما يساعده على تفهم احتياجات المرحلة التى يمر بها الابن وهى فترة المراهقة.

٢ ـ وحيث أن الأب يملك ذات عليا متزمتة ارتبطت بشدة تدينه ورغبته فى أن يطيع الابن تعليماته بالصلاة مما يؤدى إلى كثرة تشاجرهما معاً، وذلك يتطلب عمليات تعليمية وتبصيرية حتى يفهم دوافع السلوك التى تدفع كل منها إلى تصرفاته مع الآخر.

٣ ـ حيث إن الأب يتمتع بذات قوية يتمكن باستغلالها وذلك باستثارة قوة الذات فى تدعيم جهود الأخصائية لتعديل اتجاهات الأم لتكف عن تدليله وعدم الإشراف على استحمامه ومنعه من الاطلاع على الصور الخليعة.

٤ ـ إتاحة قدر من المقابلات المشتركة بين الأب والأم ليتفقا على أسلوب التعامل مع الفتى بما يتناسب والمرحلة التى يمر بها وهى مرحلة

المراهقة. ثم عمل مقابلة مشتركة بأخرى مع الوالدين والابن ليساعدهما الأخصائي على التعبير عن مشاعرهما وخاصة السلبية تجاه كل منهم للآخر حتى يمكن تصفيتها.

والعمل على انتقال الأسرة إلى مسكن آخر ولو مكون من حجرتين حتى يستقل الفتى بحجرة خاصة به.

(ج) خدمات بيئية مباشرة:

١ ـ عرض الفتى على أخصائي نفسي (العيادة النفسية) ليدرك حقيقة ذاته وما بها من اضطراب وما وراء هذا الاضطراب من سلوك وخاصة فيما يتعلق بانحرافاته الجنسية.

٢ ـ الحاق الفتى بأحد النوادي لتستغل فيها أوقات فراغه بطريقة سليمة بما يتناسب وميوله وهواياته وحتى يتعلم عادات رياضية جديدة قد تساعده في تغيير العادات السيئة.

٣ ـ إشراكه في بعض الأنشطة بالمدرسة بما يسمح له بممارسة بعض الفرص القيادية في تعويضه عن مشاعر النقص.

٤ ـ مساعدته على استمرار دراسته لأنها تساعده على تدعيم ذاته.

ثانياً ـ العلاج الذاتي:

١ ـ لقد اتضح من التشخيص اضطراب شخصية العميل في المناطق التالية:

القلق والشعور بالذنب والاتكالية وعدم الفطام النفسي والانحرافات الجنسية والشعور بالاضطهاد وهذا يتطلب الخطوات العلاجية الآتية:

بالنسبة للقلق والشعور بالذنب فيحتاج العميل للمعونة النفسية والاتكالية وعدم الفطام النفسي يحتاج العميل لعلاقة مهنية تأثيرية ـ بالنسبة للانحرافات الجنسية والشعور بالاضطهاد فيحتاج للتبصير بدوافع السلوك بالإضافة إلى التنفيس الوجداني.

٢ ـ ذات ضعيفة تركز ضعفها فى الآتى:

اندفاعية السلوك واضطراب التفكير وعدم القدرة على التحكم فى الدوافع.

وهذا يتطلب الخطوات العلاجية الآتية:

بالنسبة لاندفاعية السلوك فيحتاج العميل لعمليات تبصيرية بالنسبة لاضطراب التفكير يحتاج العميل لعمليات تعليمية توضيحية.

أما بالنسبة لعدم القدرة على التحكم فى الدوافع فيحتاج العميل لعمليات تبصيرية وتعليمية بالإضافة إلى المعونة النفسية.

الفصل الثامن
ممارسات خدمة الفرد فى المجال النفسى

تمهيد:

إن الحياة الإنسانية هى محاولة مستمرة للتوافق والتكيف حيال ما تحفل به البيئة من عوائق أو صعوبات. ومحاولات التوافق هذه قد تنجح أحيانًا وتفشل أحيانًا أخرى.

وليس كل منا قادر على احتمال الحرمان والفشل بنفس القدر ذلك أنه كثيراً من الناس لا يستطيعون تحمل أوزار هذه الحياة الدنيا وتكون خبرات الفشل بالنسبة لهم خبرات صدمية قاسية لا يستطيعون تحملها فيستجيبون بالهرب أو بالخداع وقد لا تجدى فى هذه الحيل فيتلافى مواجهة الأزمات الحياتية فترى الفرد يسقط صريع المرض النفسى، العقلى هربًا وفراراً من مواجهة الحياة وهو فرار شاذ وغير سوى إن مرضى النفوس هم أشخاص يعيشون مع الواقع ولكن فى معاناة شديدة لهم وللآخرين الذين يحيطون بهم - أما مرضى العقول فإن خبرات الحياة كانت بالنسبة لهم أمراً باهظًا لا يحتملونه بحيث أداروا ظهرهم نهائيًا - وإلى غير رجعة - لهذه الحياةالواقعية بما فيها من منغصات وخلقوا لأنفسهم عالمًا من الأوهام والأحلام والخيالات. (٧ : ٧٩) وما هذه الاضطرابات إلا نتيجة تفاعل عوامل عدة منها ما هو وراثى ومنها ما هو مكتسب، منها ما هو ممهد ومنها ما هو معجل.. ولكنها على أية حال مأساة الحياة الإنسانية كلها.

أنواع الاضطرابات النفسية:

اختلف الباحثون فى تقسيم الاضطرابات النفسية تبعًا لمواجهة النظر التى ينظرون خلالها إلى هذه الاضطرابات، وتبعًا للمدارس النفسية التى اتبعها صاحب كل تقسيم. ولكننا نرى أنه يمكن تبسيط الأمر وتقسيم هذه

الاضطرابات على النحو التالى:

(أ) الاضطرابات العصابية Neurotic Discrocers

وهى تمثل الاضطرابات الصغرى أى الأقل خطورة والتى ترجع غالباً إلى عادات تكيفية غير سليمة تنتج من عدم القدرة على تحمل التوتر الناشئ من القلق أو الشعور بالذنب.

ومن أنواع هذه الاضطرابات العصابية ما يلى:

١ ـ الهستيريا	Hysteria
٢ ـ العصاب القهرى ويتضمن:	(Conulsive States) Psychasthenia
الفوبيا	Phopia
الوساوس (الأفكار القهرية)	Obsesstions
الأفعال القهرية	Conpulsions
٣ ـ الوَهم المرضى	Hypochonoriasis
٤ ـ القلق العصابى	Anxiety
٥ ـ النيوراستينيا (الضعف العصبى)	Neurasthenia
٦ ـ التفكك	Dissceiation

هذا مع العلم بأن تصنيف العصاب أمر اعتبارى لصعوبة تحديد هذه الأنواع من الأغراض.

وجدير بالذكر أن العصاب لا ينتج عن سبب واحد، بل عدة أسباب مجتمعة، وهو أكثر حدوثاً فى النساء منه فى الرجال، وأكثر حدوثاً فى الفترة ما بين المراهقة المتأخرة وحوالى سن الثلاثين.

(ب) الاضطرابات الذهانية Psychotio Disorders

وهى تمثل الاضطرابات الكبرى الخطيرة فى الشخصية، وهى من

الشدة والشمول فى آثارها بحيث تجعل الفرد غير قادر على أبسط أنواع التكيف والتوافق الاجتماعى ، وتحول بين الفرد وبين تدبير شئونه وضبط نفسه. (٨: ٣٧٧)

وهناك نوعان من الاضطرابات الذهانية وهما : (٨: ٣٩٦)

(١) **الذهان العضوى** Organic Psychosis ويرجع فى أساسه إلى أسباب فسيولوجية ، ومن أشكاله الإكلينيكية:

- ذهان الشيخوخة Senile Psychosis
- تصلب شرايين المخ Psychosis with Cerebral Arteriosclerosis
- الشلل الجنونى العام Paresis
- الذهان الكحولى Alcoholic Psychosis
- جنون المخدرات Psychosis due to drugs
- الصرع Epilepsy

(٢) **الذهان الوظيفى:** Functional Psychosis

ويرجع فى أساسه إلى عوالم نفسية ، ومن أشكاله الإكلينيكية:

- الفصام Schizophrenia
- الذهان الدورى (الهوس والاكتئاب) Manic - depressive Psychosia
- البارانويا Paranoia

(ج) الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية الجسمية):

Psychosonatic Disorders

ومن أشكال هذه الاضطرابات : (٣: ٤٨٠)

١ ـ اضطرابات الجهاز الدورى.

٢ ـ اضطرابات الجهاز التنفسى.
٣ ـ اضطرابات الجهاز الهضمى.
٤ ـ اضطرابات الجهاز الغددى.
٥ ـ اضطرابات الجهاز التناسلى.
٦ ـ اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى.
٧ ـ اضطرابات الجلد.
٨ ـ اضطرابات الجهاز العصبى.

(د) اضطرابات الشخصية والطباع:

Personality and Character Disorders

وهذا النوع من الاضطرابات ليس عصاباً حيث لا تظهر أعراض محددة وإنما أنماط سلوكية شاذة، وليس ذهاناً حيث لا يظهر اضطراب شديد بالعلاقة بالواقع.

وتصنف هذه الاضطرابات كما يلى: (٩ : ١٣٢)

١ – اضطرابات نمط الشخصية : Personality Pattern Disorders

ولهذا النوع من الاضطرابات أربعة أشكال إكلينيكية:
ـ الشخصية العاجزة.
ـ الشخصية الفصامية.
ـ الشخصية البارانوية.
ـ الشخصية الدورية.

٢ ـ اضطرابات سمات الشخصية: Personality Trait Disorders

وتنقسم هى الأخرى إلى أربعة اضطرابات منفصلة:
ـ الشخصية غير المتزنة انفعالياً.

- الشخصية السلبية العدوانية.
- الشخصية القهرية.
- الشخصية الهستيرية.

٣ ـ اضطرابات الشخصية السوسيوباتية (المرضية الاجتماعية).

ومن نماذج هذا النوع من الاضطرابات:

- الشخصية السيكوباتية (الشخصية المضادة للمجتمع).
- الانحراف الجنسى.
- الإدمان.

أعراض الاضطراب النفسى:

من أهم أعراض الاضطراب النفسى واعتلال الصحة النفسية عند الذهانيين (المنفصلين عن الواقع) والعصابيين (المتصلين بالواقع) وغيره من مظاهر سوء التكيف ما يلى:

أولا ـ خداع الحواس:

هو تفسير المريض للمدركات الحسية على حسب دوافعه المستكرهة للنفس والناس ورغباته المكبوتة فى اللاشعور فمثلا عمق الشعور بالذنب قد يؤدى بالشخص إلى تفسير صوت الأشجار على أنها أصوات تؤنبه.

ثانياً ـ الهلاوس:

عبارة عن صور ذهنية لا تنبع من الواقع، أى دون واقع حسى، ومنها هلاوس بصرية حيث ير أشياء لا وجود لها فى الواقع، وهلاوس سمعية فيسمع أصواتاً لا وجود لها، وهلاوس لمسية حيث يشعر بأن شيئاً يسير على أعضائه وهذا الشيء غير موجود أصلا، وهلاوس شمية حيث يشم روائح لا وجود لها فى الواقع، فمثلا كان أحد المرضى يشكو دائماً من رائحة حمض

الفنيك دون وجود لهذا الحمض، وقد ظهر من البحث النفسى أنه كان قد اقترف جريمة أخلاقية جعلته يشعر بالذنب، والتطهير ذاته من هذا الذنب ارتبطت هلوسته برائحة الفنيك لكونه محلولاً مطهراً.

ثالثاً ـ الهذيان Delutions (التوهم):

فكرة شاذة لا تنبع من الواقع، ويعوزها الدليل، ولا يصححها المنطق المستقيم ويتمسك بها المريض تمسكاً شديداً.

والهذيان قد يكون منظم يتميز بكثرة التفصيلات وبرجاء ظاهرة فى الفكرة، حتى أنه ليحتاج لمراجعة دقيقة قبل اكتشافه لاتقائه، وقد يكون الهذيان غير منظم وهو ضلال زائف مفكك متقلب من وقت لآخر، وهذيان الذهانى قد يكون فى أى درجة من درجات التنظيم.

ومن الهذيانات المنظمة ما يلى:

(١) هذيان العظمة Delutions of Grandeur حيث يعتقد المريض أنه شخصية عظيمة ذات جاه ومال ونفوذ كبير.

(٢) هذيان الاضطهاد Delutions of Perscution حيث يعزو المريض فشله فى الحياة إلى مؤامرات تدبر لإيذائه، كما فى حالة المريض بالبارنويا (مرض عقلى) الذى يعتقد أن زوجته الخائنة قد دبرت له مؤامرة مع عشيقها فوضعت له سائلا منوياً فى فنجان الشاى لكى يصبح حاملا وتعرضه للفضيحة أمام الناس وبذلك تتخلص منه!!.

(٣) والهذيان الدينى وفيه يعتقد المريض أنه نبى منتظر جاء ليهدى الناس.

(٤) الهذيان السوادى أو هذيان اتهم الذات Deluctions of self Accussation فيه يعتقد المريض أنه مذنب ومن ثم فهو مسئول عن جميع ما بالدنيا من مصائب، ويحدث هذا الهذيان نتيجة ضعف كبت رغبات أو نزعات غير مرغوب فيها فتهدد حياة الفرد ويشعر بالذنب

ويتحول هذا الشعور إلى اتهام الذات، فمثلا يعتقد المريض أنه مسئول عن ضرب هيروشيما ونجازاكى بالقنابل الذرية، أو هو المسئول عن قيام الحرب العالمية الثانية وهكذا.

وهناك فرق بين هذيان الذهانى وهذيان الفرد العادى فقد يغتاب أى فرد عادى فكرة باطلة قهرية كان يعتقد أن زوجته تخونه دون سبب كاف ولكنه يتقبل الدليل عاجلا أو آجلا على بطلان اعتقاده ويتركه ، على عكس هذيان الذهانى ففضلا عن أنه متطرف وشاذ إلا أن المريض يتشبث به ويدافع من أجله.

كما أن هذا الذهانى يختلف أيضاً عن وسواس العصابى Obsession ففى الوسواس قد يحاصر العصابى فكرة ثابتة بأنه مريض بالقلب مثلا رغم عدم وجود الدليل الطبى.

ولكن المريض النفسى هنا يعلم تمام العلم أن هذا الاعتقاد والظن لا أساس له على الإطلاق وأنها فكرة سخيفة ولكنه لا يستطيع أن يتخلص منها بإرادته، أما الذهانى فلا يساوره أى شك فى اعتقاده..

هذا ويجب أن نضع فى اعتبارنا أن الهذيان والهلاوس وخداع الحواس من أشبع أعراض اعتلال الصحة النفسية فى المرض العقلى على عكس المرض النفسى، وهذه الأعراض الشاذة من أهم ما يميز المريض العقلى عن المريض النفسى.

ومن صور اضطراب التفكير الشائعة فى الأمراض العقلية بجانب الهذيانات الانتقال المفاجئ من فكرة لفكرة وعدم القدرة على تركيز الانتباه على شيء مدة طويلة، والقصور الذهنى فلا يستطيع المريض القيام بأبسط العمليات العقلية الحسابية أو اللفظية، كما يتمسك بنفس الأفكار وتكرارها دون جديد.

رابعاً – اضطراب الشعور:

ويظهر فى صورة انفصال من الواقع جزئياً أو كلياً مع سوء التوجيه، فلا يعرف المريض الزمان ولا المكان وقد ينسى اسمه.

والانفصال الجزئى من الواقع قد يظهر بصورة شعور المريض بالحوادث الخارجية بصورة مبهمة مشوشة ويسمى ذلك بغيم الشعور Glounding of Consciousness وهو شائع فى الذهان العضوى.

خامساً ـ اضطراب الوجدان:

وأهم مظاهره ما يلى:

(١) **التبـاين** : Incongruity وهنا يظهـر على الفـرد انفـصـال لا يتـفق مع المنبهات الخارجية كأن يظهر على الفرد الفرح حين يسمع نبأ سيئاً مثل وفاة والده أو رسوبه فى الامتحان.

(٢) **السيـولة**: Liability وهنا تتغير الانفعالات والعواطف بشكل مستمر بدون سبب أو لأتفه الأسباب وهذا النوع شائع فى ذهان الشيخوخة.

(٣) **التناقـض**: Amlivalence ومعناه وجود العـاطفة ونقـيضـهـا فى نفس الوقت، فقـد يحض المريض بالكره والحب فى نفس اللحظة نحو والده مثلا.

(٤) **البـلادة العاطفـيـة**: Apathy وهنا يفـقـد المريض الإحساس بالانفعال وكذلك القدرة على التعبير عن عواطفه وعدم الاكتراث بأشخاص البيئة وحوادثها، وأحيانا نجده يتحرك ببطء ويتحدث ببطء، وقد ينسحب من صلاته الاجتماعية، وقد يظهر عليه نمطية الحديث والحركات Stereotypy فيظل المريض يمشى فى غرفته ثلاث خطوات إلى الأمام ومثلها إلى الخلف أو متمتماً لعبارة مكرراً لها طول النهار.

(٥) **المرح** Elation: الفرح والمرح أمر طبيعي يحدث استجابة لمسرات الحياة ولكن الاستجابة هنا متطرفة وتحدث دون سبب أو لأتفه الأسباب وقد يرتبط المرح الشاذ بحالة تفاؤل ليس لها ما يبررها (كل شيء ماشي تمام) وتعرف بحالة الأيوفوريا Euphoria وفيها يكون المريض منشرحاً مسرفاً في التجلي والمرح والسعادة والتفاؤل والمزاح. وإذا اصطحب هذا المرح الشاذ بالضحك، والكلام الزائد، والنشاط الحركي الزائد يسمى بالهوس Mania وقد يصحب المرج شعور بالتفاخر والاستعلاء على الغير وتسميه عند ذلك زهو Exalation.

(٦) **الاكتئاب**: Depression استجابة متطرفة طابعها الحزن العميق على الماضي والشعور بعذاب الضمير والنظرة المسرفة في التشاؤم، ويحدث ذلك دون سبب لأتفه الأسباب. وهنا يفقد المريض لذة الحياة ويصبح لا هدف له، ويعيش وكأن على كاهله عبئاً ثقيلا، ويصحب هذه الحالة بطء في جميع الاستجابات وكثيراً ما يحاول المريض الانتحار.

(٧) **القلق المرضي**: Morbid Anxiety استجابة متطرفة طابعها الخوف الشديد والتشاؤم الموصول بالنسبة للمستقبل مع الشعور الدائم بعدم الارتياح .ويحدث هذا بدون مبرر فيعوق الاستجابة الطبيعية المتوقعة لمؤثر ما.

والقلق في حدوده الطبيعية يعتبر دافعاً للإنتاج أما إذا زاد عن حده أصبح معوقاً للتكيف ومخلا بالراحة النفسية وهذا هو القلق المرضي. (١٠ : ٥٤-٥٦)

(٨) **الغضب** Anger: الغضب حالة انفعالية تنتاب الفرد عندما يعترضه عائق يعترض تحقيق حاجاته الجوهرية الجسمية أو النفسية، ولا يهدأ الغضب إلا إذا تغلب الفرد على الصعوبة القائمة.

وكثيراً ما يكون الغضب مصحوباً لعداء والكراهية نحو المؤثر المعترض والغضب فى حدوده الطبيعية يعتبر دافعاً لحماية الذات وصيانة الكرامة والدفاع المشروع عن النفس وعن الحق والمصلحة العامة، ولكن الغضب إذا ارتبط بشكل مستمر بالعنف والمهاجمة لأتفه الأسباب أفسد صلات الفرد الاجتماعية وراحته النفسية.

وقد يرجع الغضب والعدوان إلى الشعور الحاد بالنقص وعدم الأمن بجانب إحباط دوافع الفرد ونزعاته وحاجاته أو يحدث كعملية تعويض لفقدان احترام الذات ولذلك إذا ارتبط بالشعور بالاضطهاد وأحياناً يسقط الفرد نزعاته العدوانية على الغير دون أن يشعر ودون سبب، أو يحول عدوانه نحو نفسه إذا شعر بضعفها وكره عجزها أو زاد عذاب ضميره، وهنا قد يعرض نفسه لمواقف فيها خطر على حياته بالرغم من إمكان تفاديها، أو قد يتحول الغضب والعدوان نحو أشخاص أو أشياء لا علاقة لهم بمثيراته الحقيقية، وقد يرجع الغضب والعدوان إلى الفرد للسلطة الوالدية القاسية الصارمة.

سادساً ـ اضطراب الحركة:

ويظهر فى شكل زيادة الحركة وتغيرها كما فى حالات الهنوس، أو البطء الشديد فى الحركة وفى الحالات المتطرفة قد يتحول المريض إلى أبكم أو يقف تماماً وفى بعض حالات الذهان كالفصام يستجيب المريض استجابة حركية عكسية فيقف حين يطلب منه الجلوس أو العكس، أو يمتنع تماماً عما يطلب منه ، أو يجمد المريض على وضع حركى معين مدة طويلة كان يظل ساعات طويلة باسطاً يديه.ورافعاً وجهه إلى السماء، أو واقفاً على رجل واحدة، وقد تأخذ حركاته شكلا نمطياً كأن يظل يتمتم ببعض كلمات لفترة طويلة وقد تتميز استجاباته بالآلية بمعنى أنه ينفذ ما يلقى إليه من أوامر دون تفكير... إلخ.

وهناك بعض الاضطرابات الحركية تظهر فى شكل انقباضات تشنجية فى مجموعة من العضلات كعضلات الوجه أو الرقبة أو الكتفين، وغالباً ما يبدو فى السلوك بصفة عامة الحيرة والارتباك والتردد والخوف الشديد من المستقبل وهذه الحركات المضطربة أحياناً تصاحب القلق المرضى (مرض نفسى عصبى) وتسمى بالخلجات أو اللزمات العصبية.

سابعاً ـ اضطراب الذاكرة:

ويظهر بأشكال متعددة منها:

١ ـ حدة الذاكرة بشكل غير عادى كما فى جنون الهوس.

٢ ـ فقدان الذاكرة Amnesia وله صور متعددة منها:

(أ) فقدان الذاكرة للأحداث القريبة Anterograde Amnesia كما فى ذهان الشيخوخة حيث يتذكر المريض الأحداث التى وقعت فى طفولته ولا يذكر ماذا كان إفطاره هذا الصباح.

(ب) فقدان الذاكرة للأحداث البعيدة Retrograde Amnesia وهو ما يحدث فى النسيان العادى ويزيد فى حالات الاكتئاب.

(ج) فجوات الذاكرة Amnesia Gaps وهنا يحدث فقدان الذاكرة لأحداث فترة محدودة من الزمن حيث يستطيع المريض تذكر ما قبلها وما بعدها بصورة واضحة كما يحدث فى الهستيريا (مرض نفسى) وفى الاضطرابات النفسية التى تحدث بعد ارتجاج المخ.

ويرجع فقدان الذاكرة عند المريض إلى أسباب نفسية، إذ يتخذها كوسيلة دفاعية ضد القلق أو لحماية ذاته من ذكريات مؤلمة أو مخيفة أو مشينة، كما قد يحدث نتيجة لإصابات عضوية أو تسمم فى الجهاز العصبى.

(٣) تشويش الذاكرة Paramnesia ويظهر بصور متعددة منها:

(أ) التزييف falsification ويكون فى صورة إضافة تفاصيل كاذبة على

أحداث وقعت، فعلا دون قصد واضح وعادة ما تلقاه فى حالات الهستيريا وفى الفصام الذهانى.

(ب) التأليف Confabulation (الفبركة) وهو التحدث عن وقائع لم تحدث إطلاقاً للمريض ويحدث فى كثير من حالات الهستيريا وبعض أنواع الأمراض النفسية العضوية.

(ج) المألوفية Deja Yu وهنا ندرك أن شخصاً أو شيئاً ما قد رأيناه قبلا مع أننا نراه لأول مرة.

وحالات تشويش الذاكرة تتصل أيضاً برغبات ومخاوف لا شعورية وتظهر بشكل متطرف فى حالات البارنويا (جنون العظمة).

ثامناً ــ اضطراب الانتباه: ويظهر فى الصور الآتية:

(أ) **حدة الانتباه** : Hyperprosexia وفى هذه الحالة يقوى الانتباه بشكل غير عادى حتى يضطر المريض إلى الانتباه إلى جميع المؤثرات بجميع تفاصيلها كما يحدث فى حالات الهوس الخفيف.

(ب) **القابلية للإلهاء**: Distractability وفيها يعانى الفرد من أفكار كثيرة متلاحقة يلهى بعضها البعض الآخر وتسمى ظاهرة طيران الأفكار Flight of Ideas أما إذا كانت الفكرة الملهية فكرة واحدة تشغل البال وتصرفه عما عداها تسمى ظاهرة الانشغال Preoccupation وقد تصل إلى حد الوسوسة والقهر إذا صاحبها عمل الزامى.

(ج) **عدم الانتباه** : Inattention يحدث عدم الانتباه على درجات منها: الشرود الذهنى ، والغفلة والسبات، والغيبوبة. والشرود الذهنى هو حالة عدم المبالاة، أما الغفلة فهى النقص فى الانتباه أو توهان عنصر هام فى الشيء المنتبه إليه، وفى السبات يكون المريض فاقداً وعيه ولكن يمكن تنبيهه بمنبهات قوية كالأصوات العالية أو كب ماء على الوجه

وتسمى أحياناً السهو، أما الغيبوبة فالمريض فيها يكون فاقداً الوعى تماماً ولا يمكن تنبيهه بمنبهات قوية كما فى السبات، ولكن بوسائل طبية خاصة.

تاسعاً ـ اضطراب الإرادة وضعفها : (١٠ : ٥٧-٥٩)

يظهر ضعف الإرادة بصورة جلية فى السلوك السيكوباتى حيث نجد عدم القدرة على تأجيل الاستجابة لأى فترة من الزمن، كما أنه لا يمكنه استكمال عمليات الإرادة بكف العواطف والانفعالات والدوافع التى تتعارض مع المجتمع أو مع فائدته الشخصية على المدى الطويل.

وفى الفصام البسيط تضعف الإرادة ولا تعدو القرارات أن تكون أحلام يقظة لا يصحبها أى تنفيذ، وتصبح الشخصية حينئذ مثال الدولة التى بها جهاز تشريعى ولا يوجد بها أى سلطة تنفيذية.

وفى النقص العقلى لاسيما فى صوره الشديدة فإن المريض فيه يتميز بسهولة الاستهواء والانقياد للفاسدين المفسدين الأذكياء دون إرادة أو تفكير سليم.

والتأثر الشديد بأفكار الغير (الإيحاء)، وعواطفهم (المشاركة الوجدانية) وأفعالهم دون إرادة أو روية من أبرز سمات الهستيريا.

وفى عصاب الوسواس القهرى يعتقد المريض أن الأفكار توضع فى رأسه دون إرادة منه أو أنه مسلوب الإرادة. فمثلا نجد المريض ذو الدرجة الجامعية والمركز المحترم ـ تحاصره فكرة سخيفة فى نومه وصحوه مثل: لماذا لا تصنع المنضدة بثلاث أرجل بدلا من أربعة.

وقد يصاب بالقهر إذا وقع الفرد تحت تأثير فعل نمطى سخيف مثل الفتاة التى تشخبط كل صورة فى كتاب تقرأه أو توقع بامضائها على كل صفحة ولا تستطيع الإقلاع عن هذا الفعل بإرادتها.

والتردد الشديد دون الوصول إلى قرارات حاسمة حتى فى أبسط هذه القرارات من الأعراض الرئيسية فى القلق العصابى.

والتردد مظهر من ضعف الإرادة العاجزة عن اتخاذ أى قرار ينفذ والطاعة الآلية أو الخلف من الأعراض الرئيسية فى ذهان الفصام أو الشيزوفرينيا وهذه صور من ضعف الإرادة واضطرابها.

والطاعة الآلية Automatic Obedience وهى نوع مبالغ فيه من الاستهواء، وتعنى الاستجابة للأوامر أو الحركات أو الأصوات استجابة آلية حرفية دون مناقشة وهى ظاهرة لها ثلاث أشكال مرضية:

(أ) المعاداة Echolaia وهى أن يعيد المريض الكلمات التى يسمعها وكأنه يردد صدى لما يقال.

(ب) المحاركة Echopraxia وهى أن يقلد المريض الحركات التى يراها.

(ج) التصلب الشمعى Flexibilitas Cerea وفى هذه الحالة يمكن للفاحص أن يضع أطراف المريض أو جزءه أو رقبته فى أى وضع، ثم يتركه فنجد أن المريض يستمر على هذا الوضع لمدة طويلة تفوق المدة التى يمكن أن يتحملها الإنسان العادى بكثير.

أما الخلف Negativism وهو عكس الطاعة الالية فإذا طلب من المريض فتح فمه أقفله، أو رفع يده خفضها، وقد تتخذ مظهرها فى عملية النطق فلا يجيب على الأسئلة وقد تأخذ صورة فسيولوجية فيرفض المريض الاستجابة لمؤثر فسيولوجى، فيمتنع عن بلع اللعاب أو يمتنع عن إفراغ المثانة فيحتبس بوله.

التدخل المهنى لخدمة الفرد فى المجال النفسى

من المستغرب أن يتصور البعض أن خدمة الفرد ليس لها دور إيجابى مع مضطربى الشخصية بل تردد بعض الأفكار التقليدية أن خدمة الفرد محصورة

فى المشكلة الاجتماعية أما المشكلة النفسية فتحول كطرد البريد إلى الطبيب النفسى أو العقلى.

وما دور الأخصائى الاجتماعى فى المستشفيات والعيادات النفسية والعقلية ـ إن وجد ـ هو مستقبل سلبى عليه أن يستقبل المرضى ثم يودعهم فى ابتسامة رحبة. وهو معاون سلبى فى العمليات الإجرائية أو الإدارية بالمستشفى أو العيادة.

والغريب أن تتردد هذه الأقوال فى وقت تعتمد فيه مؤسسات العلاج النفسى فى كافة أنحاء العالم المعتمدين على الفريق المعالج الذى يمثل الأخصائى الاجتماعى دوراً أساسياً فى العلاج بل فى وقت يجمع فيه علماء الطب النفسى والعقلى على أن المرض العقلى والنفسى هو فى النهاية مشكلة اجتماعية نفسية يتجدد ويتردد صعوداً وهبوطاً بفعل الأحداث الاجتماعية الجارية والأزمات النفسية والعلاقات بالآخرين.

بل إن المهدئات والجلسات الكهربائية التى تلجأ إليها بعض أطباء العقل ليست سوى مهدئات وقتية للهذاءات أو الهلوسات والأعراض.

ولكن الشفاء والعلاج لا يكون إلا بفعل اللقاءات العلاجية المستمرة وتيسير تكيف المريض مع أسرته وفى عمله، ... إلخ. مع مداومة مستمرة على حل المشكلات الاجتماعية التى يواجهها أينما ظهرت والتى يجمع العلماء على أنها المنبه الأساسى لظهور المرض وتفاقمه.

لذلك فإن المستشفيات والعيادات النفسية بالخارج تعتمد اعتماداً كلياً على دور خدمة الفرد دراسة وتشخيصاً وعلاجاً ومتابعة بل إن اتجاه المستشفيات العقلية فى أمريكا هو اليوم علاج للمرضى فى بيئاتهم بمساعدة الأخصائى الاجتماعى الذى يتابعهم فى أعمالهم ومع أسرهم وفى علاقاتهم بالآخرين ليحققوا أكبر تكيف ممكن مع بيئتهم حينما بقيت الأمراض

العقلية والنفسية مجهولة فى أسبابها وبالتالى فى أساليب علاجها جذرياً.

ولكى توضع الاستراتيجية العامة لخدمة الفرد فى محيط مضطربى الشخصية نقرر ما يلى: (١١ : ٨١، ٨٢)

١ ـ اكتشاف المرضى أو المعرضين للمرض سواء فى المدارس أو المصانع التى يعمل بها الأخصائى الاجتماعى.

٢ ـ إقناع المرضى أو أسرهم بوجود الحالة المرضية ومساعدتهم على تقبل الواقع وهذه من أشق وأدق أهداف الخدمة الاجتماعية فى هذه المرحلة خاصة والمرض العقلى أو النفسى يقاومه الأفراد بل وينكرونه كوصمة عار.

وقد يمارس الأخصائى الاجتماعى فى هذه المرحلة كافة أساليب وعمليات الخدمة الاجتماعية المناسبة لتحقيق هذا الهدف.

٣ ـ توجيه المرضى وإرشادهم إلى مكان العلاج حسب ظروف كل حالة ومساعدتهم إذا اقتضى الأمر ـ فى تذليل عقبات التحويل للعلاج أو مقاومة المرضى لدخول المستشفى.

٤ ـ بتحويل المرضى إلى العلاج يكون الهدف العام للأخصائى المعين بالمستشفى أو العيادة هو :

(أ) العمل مع الفريق المعالج ـ دراسة وتشخيصاً وعلاجاً للمرضى.

(ب) تركيز جهده على أثر العنصر الاجتماعى (العلاقى والأسرى العملى أو المدرسى) فى حدوث المرض أو عودته ثم متابعته علاجاً وتوجيهاً وتأثيراً.

(ج) الإسهام الإيجابى فى عملية العلاج وبصفة خاصة العلاج النفسى الهادف من إيجاد وتفسير وتشجيع وتدعيم ونصيحة وتنعيش وجدانى، والعلاج النفسى الجماعى وهو علاج تعليمى

يعتمد على المناقشات الجماعية والعلاج بالعمل أو الدراما أو الأندية الاجتماعية، والعلاج النفسى السلوكى الذى يعتمد على تعديل العادات المرضية الخاطئة والعلاج البيئى فى الأسرة أو العمل أو المدرسة ومتابعة هذه الأنشطةدورياً حسب ظروف كل حالة.

(د) تتحدد استراتيجية خدمة الفرد مع مضطربى الشخصية على المستوى الذى وضعه الفريق المعالج لعلاج المريض وهما :

١ ـ شفاء تام.

٢ ـ شفاء الأعراض فقط.

٣ ـ التوافق الاجتماعى.

وبصفة عامة يمكننا أن نلخص دور أخصائى خدمة الفرد مع مضطربى الشخصية فيما يلى:

أولا - دور الأخصائى الاجتماعى مع المريض:

(أ) التخفيف من حدة المشاعر والتوترات السلبية من خوف أو قلق أو إحساس بالدونية أو النقص.. إلخ والمرتبطة بحالته والتى يحس بها لالتجائه إلى مستشفى الأمراض العقلية أو العيادة النفسية.

(ب) إقناع المريض بضرورة التعاون فى إتمام الخطوات العلاجية التى يشير بها الطبيب كى يتحرر من مرضه ويتقدم فى طريق الشفاء.

(ج) تعديل اتجاهات المريض وهذا يصل إليه الأخصائى الاجتماعى عن طريق العلاقة المهنية مع المريض والعمل على أن يفهم حدود الموقف والحقائق الواقعية فيه ومدى قدرته على مواجهة بعض الأمور وما إلى ذلك من العمليات النفسية وقد يساعده فى ذلك الشرح والتفسير والتوضيح والإيحاء أو الإقناع والنصح.

(ح) فى حالة شعور المريض بالعزلة التامة والبعد عن العالم الخارجى يجب أن يشرح له الأخصائى أنه على استعداد للاتصال بأسرته من أجله وتبليغها كل ما يريد.

ثانياً ـ دور الأخصائى الاجتماعى مع الأسرة:

ودور الأخصائي مع أسرة المريض على جانب كبير من الأهمية ويكفى أن نعلم أن الأسرة هى التى تقرر فى معظم الحالات إرسال المريض إلى هذه المؤسسات النفسية كما أنها قد تكون سبب وجود إشكال المريض وبدونها قد لا يمكن استكمال الشفاء فى عدد كبير من الحالات، وينصب عمل الأخصائى مع الأسرة على الأمور الآتية:

١ ـ إقناع الأسرة بضرورة العلاج أو ضرورة الاستمرار فيه.

٢ ـ شرح وظيفة المؤسسة التى يعمل بها الأخصائى الاجتماعى وبيان الخدمات التى تقدمها للمرضى.

٣ ـ مساعدة الأسرة فى حل المشاكل التى ترتبت على ظهور المرض ويسعى الأخصائي إلى تقليل قلق الأسرة من أجل المريض وتخفيف شعورها بالعار لوجود مريض بمرض عقلى بين أفرادها.

٤ ـ الاستعانة بالمؤسسات الأخرى فى المجتمع لتقديم خدمات ومساعدات تحتاج إليها الأسرة.

٥ ـ تكوين علاقة مهنية مع الأسرة تساعدها على أن تحتفظ باتجاه قبول وشعور ورضى نحو المريض خلال مدة العلاج، كما تعمل هذه العلاقة على تهيئة الأسرة للتعاون مع الهيئة المعالجة فى إتمام الخطة العلاجية وذلك بالعمل على تنفيذ توصيات هذه الهيئة فيما يختص بمعاملة المريض بعد شفائه، وذلك حرصاً على استمرار المريض منعاً لارتداد المرضى. (١٢ : ٦٧٤)

وسنجمل فيما يلى أدوار الأخصائى الاجتماعى النفسى كما حددتها وزارة الصحة فى قطاع الأمراض العقلية والنفسية:

(أ) دور الأخصائي الاجتماعي بمستشفيات الأمراض العقلية:

١ ــ القيام ببحث اجتماعى لحالات المرضى الجدد بالاتصال بأهالى المرضى للحصول منهم على المعلومات الأساسية عن حياة المريض وتاريخ وضعه وظروفه الاجتماعية بوجه عام.

٢ ــ الاشتراك مع الطبيب المعالج وهيئة العلاج فى مناقشة الجانب الاجتماعى للمرضى وذلك فى الاجتماعات الدورية التى تعقد بالمستشفى لهذا الغرض.

٣ ــ التعاون مع إدارة المستشفى لإزالة أسباب شكوى المرضى أثناء إقامتهم بالمستشفى عن طريق الاتصال الفردى بالمريض فى فترة نقاهته بالنادى أو قسم العلاج بالعمل أو القسم.

٤ ــ الاشتراك مع هيئة العلاج فى تنسيق العمل بأقسام العلاج بالعمل المختلفة وملاحظة سلوك المرضى المترددين على هذه الأقسام وتدوين هذه الملاحظات بالاستمارة الخاصة وعرضها فى الاجتماعات الدورية.

٥ ــ عقد مقابلات دورية مع أهالى المرضى وتوجيه النصح اللازم لهم والنظر فى شكاياتهم.

٦ ــ تتبع الحالات للمرضى بعد خروجهم والعمل على حل مشاكلهم سواء فى العمل أو الدراسة أو فى البيئة المنزلية.

٨ ــ القيام بالإحصائيات والتقارير الفنية التى تحتاج إليها الجهات المسئولة بالوزارة.

(ب) دور الأخصائى الاجتماعى بالعيادات النفسية الخارجية للجمهور:

١ ــ استقبال جميع حالات المرضى الجدد وعمل مقابلة استقبالية لهم.

٢ ـ القيام ببحث اجتماعى نفسى لحالات المرضى الجدد التى تحول من الأخصائى وذلك بالاتصال بأهالى المرضى للحصول على المعلومات الأساسية عن حياة المريض وتاريخ مرضه وظروفه الاجتماعية بوجه عام.

٣ ـ التعرف على موارد البيئة بغرض الاستفادة منها لصالح مرضى المستشفى وأسرهم.

٤ ـ عقد مقابلات دورية مع أهالى المرضى وتوجيه النصح لهم والنظر فى شكاياهم.

٥ ـ تتبع حالات المرضى بعد خروجهم من مستشفيات الأمراض العقلية والعمل على حل مشاكلهم سواء فى العمل أو فى الدراسة أو فى البيئة المنزلية.

٦ ـ القيام بالإحصائيات والتقارير الفنية التى تحتاج إليها الجهات المسئولة بالوزارة.

(ج) دور الأخصائى الاجتماعى بالعيادات النفسية للطلبة:

١ ـ القيام بعمل المقابلة الاستقبالية عند ورود حالة جديدة إلى العيادة بقصد تكوين فكرة مبدئية عن الحالة ونظرة الوالدين إليها ومدى تعاونهم مع العيادة فى حلها وقد تكون لهذه المقابلة أهمية كبيرة فى توجيه الحالة مستقبلا إلى جانب ما تقتصده من وقت وجهد للتعرف على موقف الوالدين منها وإمكانيات البيئة وصددها.

٢ ـ الاتصال بوالدى الطفل ودراسة بيئته والحصول على معلومات منظمة ودقيقة عن حياته فى المراحل المختلفة وذلك بقصد رسم صورة سليمة للظروف البيئية التى نشأ الطفل فيها ونما.

٣ ـ والأخصائي الاجتماعى فى سبيل تحقيق ذلك لن يكتفى بما يقوله الوالدان بل سيعنى أيضاً بطريقة قبول ما يقولون ، فإن القدر الأكبر من

المشكلات الانفصالية أثناء الطفولة المبكرة راجع إلى ما يشوب العلاقة بين الوالدين وأبنائهم من أخطاء والعلاج مرتبط إلى حد كبير بتصحيح أخطاء فى تلك العلاقة وهذه هى مهمة الأخصائى الاجتماعى النفسى.

٤ ـ الاتصال بجميع الهيئات الأخرى التى يكون الطفل على صلة بها وذلك بقصد استكمال المعلومات اللازمة لتكوين فكرة سليمة عنه (مثل المدارس والنوادى والمستشفيات ،... إلخ) تمهيداً لتنسيق التكيف بينها وبين بيئة الطفل المنزلية.

٥ ـ الاشتراك فى مناقشات لجنة القيادة التى ستبحث مشكلة الطفل وإبداء الرأى فيها والاستثارة فى ذلك كله برأى الطبيب النفسى والأخصائى حتى تستكمل الصورة التى تقدم للطفل ويتضح منها ما ينبغى عمله بصدد إصلاح البيئة وإرشاد الوالدين.

٦ ـ الإشراف على أعمال العيادة من الناحية الإدارية وتنظيمها (مثل إعداد تقارير وتحديد مواعيد الزيارة وحفظ الملفات... إلخ).

٧ ـ القيام بعمل ثقافة صحية نفسية عن طريق إلقاء محاضرات أو تنظيم ندوات للأمهات اللاتى يذهبن إلى العيادة وذلك بقصد تجلية الأخطاء التربوية التى تؤدى إلى الاضطراب النفسى حتى يعملن على تجنبها أو المبادرة إلى علاج ما قد ينتج عنها من آثار مؤذية.

٨ ـ تتبع الحالات التى ترد إلى العيادة للتحقق من شفائها أو النضج باستشارة الطبيب النفسى عن أول بادرة لعودة الأمراض السابقة أو ظهور أعراض جديدة للانحراف.

العمليات المهنية لخدمة الفرد فى المجال النفسى:

لا تأخذ عمليات خدمة الفرد الدراسة والتشخيص والعلاج» فى مجال الأمراض النفسية الشكل التقليدى لها وإنما تمارس كلياً أو نسبياً حسب طبيعة المؤسسة وطبيعة المرضى، بل قد يكتفى فى بعضها بممارسة ألوان العلاج المختلفة دون الاهتمام بتشخيص الحالة أو مسبباتها.

فالأمراض العقلية مازالت أسبابها المحددة بعيدة عن علمنا بل تفسيرها مازال فى طور الاجتهادات.

والأمراض النفسية بدورها متشابكة ومعقدة تختلط بعضها البعض لنجد شعرات دقيقة تفصل بين استجابة الضعف المرضية والتردد عند بعض الناس وهكذا بالنسبة للحذرين الأسوياء والمتشككين المسرفين والموسوسين المرضى، بل إن الاكتئاب عند البعض قد يوصف بالوقار والحكمة، أما الانطلاق فيوصف بـ «الجموح» أو «قلة الاتزان» وهكذا.

كما أن المؤسسات العلاجية يختلف دور خدمة الفرد فيها تبعاً لطبيعتها وأهدافها، فمع فريق العلاج يتمثل دورها فى أداء تعاونى جماعى فى عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج أما فى مستشفيات مرضى العقل قد يقتصر على ممارسة أساليب العلاج المختلفة التى قررت كالعلاج بالعمل أو الدراما أو ربط المريض بأسرته إلى جانب مسئوليتها فى تهيئة الظروف لعودته إلى أسرته.

أولا ـ الدراسة النفسية الاجتماعية:

(أ) مناطق الدراسة:

تنصب عادة المناطق الدراسية للحالات النفسية على مناطق الاهتمام الآتية كحد أدنى: (١٢ : ٦٧٧)

١ ـ معلومات أولية معرفة للمريض: الاسم، السن، العمل، عنوان السكن، وعنوان العمل، ... إلخ.

٢ ـ كيف وصلت الحالة إلى المؤسسة هل سعى إليها المريض بنفسه أم أوصى إليه أحد بذلك؟ مصدر الاستدلال؟ هل حول المريض من مؤسسة أخرى؟ مصدر التحويل وبعض المعلومات عنه وعلاقته بالمريض.

٣ ـ المشكلة النفسية كما ذكرت في القبول من مصدر التحويل ـ المشكلة من وجهة نظر المريض ـ المشكلة من وجهة نظر الأسرة ثم من وجهة نظر من سبق لهم الاتصال بالمريض ـ أثر المشكلة عليه وعلاقاته الأسرية وعلى العمل والعلاقات به.

٤ ـ التشخيص السابق للحالة النفسية أو المرض النفسى ، تاريخه، نوعه ، أسماء الموسسات والأشخاص الذين قاموا به.

٥ ـ المحاولات العلاجية التى توفرت للمريض : تاريخها، نوعها، أسماء المعالجين، مكانها، وأثرها، مدى تعاون المريض فى العلاج، مدى إيمان الأسرة بهذه الوسائل العلاجية.

٦ ـ معلومات عن الأسرة: عدد أفرادها ووصف كل فرد على حدة (يفضل أن يعمل جدول يوضح فيها اسم العضو وسنه وصلته بالمريض وحالته الصحية والنفسية والثقافية والاجتماعية).

٧ ـ رأى الأسرة التفصيلى فى سبب الحالة النفسية عند المريض وفى نشأتها وتطورها وجهات نظر بعض أفراد الأسرة المهمين..

٨ ـ التاريخ التطورى للمريض:

ـ الجو النفسى العام الذى واجهه الطفل عند عملية الولادة سواء كانت ولادة طبيعية أو قيصرية، وهل كان الطفل مرغوب فيه ومدى انعكاس ذلك على سلوك الوالدين حياله.

ـ مواقف الإحباط المختلفة عند المرحلة الفمية.

ـ عملية الفطام (فطام تدريجى أم فجائى).
ـ مدى نمو الطفل (طبيعياً وخاصة عند التسنين أو المشى أو ضبط عمليتى التبول والتبرز وما إلى ذلك.
ـ الأحداث والخبرات الأليمة التى تتابعت سواء كانت فراقاً أم خوفاً أو مرضاً أو وفاة لأحد المقربين إليه.

٩ ـ تاريخ حياة المريض الاجتماعية: نوع المعاملة التى عاملتها الأسرة للمريض، علاقات المريض مع الزملاء والأصدقاء والأقارب.

١٠ ـ التاريخ الثقافى للمريض: المراحل التعليمية التى مر بها وكيف بدأ تعليمه. شعوره فى المراحل المختلفة، تحصيله، حبه أو كرهه للمدرسة، نوع تلاؤمه المدرس الحالى مع تحصيله نواحى الضعف والقوة، علاقاته مع المدرسين ومع زملاء الفصل والمدرسة.

١١ ـ معلومات شخصية : عادات العميل اليومية فى المأكل والملبس والنوم، نوع طموح الشخص، هواياته، مقدراته الخاصة، نقط الضعف والقوة فى شخصيته ما يحبه وما يكرهه، شخصية المريض حسب الاختبارات النفسية، مضمون بعض التقارير الشخصية : الذكاء المزاج، الوجدان... إلخ).

١٢ ـ أنواع المشاكل الأخرى التى ترتبت على وجود المشكلة النفسية عند المريض.

١٣ ـ رأى من اتصل بالمريض من الأخصائيين فى المشكلة وطرق علاجها الآراء الجماعية.

١٤ ـ رأى الأخصائى الاجتماعى المضطلع بخدمة الحالة فى المشكلة وتوجيه العلاج الاجتماعى.

هذه نقط هامة نستخلصها من دراستنا الشاملة للحالات النفسية وليس معنى ذكر هذه النقط أنه لا يمكن أن نحيد عنها، إذ أن ذلك يتنافى مع

الاعتبارات الفردية الخاصة بكل حالة، ولذا وجب أن يوجد الأخصائي الاجتماعي التاريخ الاجتماعي الوجهة التى يحتاجها بحث الحالة ويضيف من أنواع الاهتمام ما تتطلبه المواقف المختلفة.

والمرونة فى عمل التاريخ الاجتماعى هامة جداً وهى يسيرة سهلة إذا كان الأخصائى الاجتماعى ذا خبرة ودراية واسعة بالميدان الذى يعمل فيه.

(ب) مصادر الدراسة:

تتعدد هذه المصادر تبعاً لحالة المريض وطبيعة المؤسسة فهى بصفة عامة تنحصر فى المريض نفسه فى الحالات البسيطة والأسرة والخبراء من أطباء ومحامين وهيئة تمريض إلى جانب الوثائق والسجلات... إلخ.

ولكن يتركز قدر كبير من الاهتمام فى هذا المجال فى التقارير الطبية الحالية والسابقة وتقارير العلاجات السابق ممارستها واختبارات الشخصية بمختلفة أنواعها.

(ج) أساليب الدراسة:

إلى جانب أساليب المقابلات العادية سواء أكانت فردية أم جماعية أو زيارات للأسرة أو الخبراء أو للمدرسة أو للعمل أو اتصالات ومكاتبات فيجب على الأخصائي الاعتماد بنفسه على إجراء الاختبارات المختلفة للذكاء والشخصية فدوره فى هذا المجال هو أخصائى اجتماعى ونفسى معاً.

ثانياً ـ التشخيص النفسى الاجتماعى:

عادة ما يأخذ التشخيص فى هذا المجال أسلوب التشخيص الإكلينيكى أو الأثيولوجى حيث يكتفى عند جمع المعلومات الدراسية بتحديد اسم المرض لترسم بالتالى تلقائياً اتجاهات العلاج.

وفى بعض الحالات قد يكون التشخيص متكاملا وصفياً إذا لم تحدد

طبيعة المرض تحديداً دقيقاً. وفى هذه الحالة يكون التشخيص مركزاً على التفاعل السيكوديناميك أى تفاعل الموقف مع الأحاسيس وتطور هذا التفاعل واتجاهاته فى وحدة متكاملة.

فالمشكلة هى فى المقام الأول هى مشكلة حسية ربطت بين موقف استجابة بصورة تصاعدية حتى انتهت إلى تراكمات نفسية (مشاعر) حددت موقفه المرضى. (٢ : ١٥٩)

ثالثاً ـ العلاج النفسى الاجتماعى:

(أ) العلاج الذاتى:

من أهم أساليب العلاج الذاتى التى يمكن للأخصائي الاجتماعى اتباعها فى محيط مضطربى الشخصية ما يلى: (٢ : ١٦١)

١ ـ الأسلوب التفسيرى. ٤ ـ الأسلوب الاستبصارى.
٢ ـ الأسلوب العلاقى. ٥ ـ أسلوب الواقعية.
٣ ـ الأسلوب التنفيسى. ٦ ـ أسلوب التعلم.

(ب) العلاج البيئى:

وهو علاج موجه أساساً إلى المناخ الأسرى ومناخ العمل أو المدرسة أو الرفاق ـ فهو علاج بالعمل أو تعديل الأوضاع (الأسرة أو السكن أو الفصل الدراسى) وما إلى ذلك.

حالات ونماذج تطبيقية للمناقشة

الحالة الأولى

زيارة منزلية: ١٩٨٩/١/٢٨.

حولت السيدة/ الأخصائية الاجتماعية بالعيادة النفسية بمستشفى الطلبة حالة الطالب (ك) وقد حددت سيادتها مع الحالة ميعاد لزيارتها المنزلية له.

توجهت في الساعة الرابعة مساء إلى منزل الحالة ، والحالة تسكن بحى بولكلى. وهو حى راق يسكن به ذوى المستوى الاقتصادى المرتفع المنازل كلها تقريباً فيلات والشوارع واسعة ونظيفة على جانبيها الأشجار والحى هادئ للغاية.

تسكن الحالة بمنزل مكون من ثلاث طوابق تشغل أسرته الطابق الثانى منه، وبالمنزل حديقة منسقة والمنزل يبدو عليه الجدة والنظافة والشقة مكونة من ثلاث حجرات بالإضافة إلى غرفة بالفرندة بالزجاج هذا والأثاث جديد وعلى درجة كبيرة من النظافة.

وبالشقة تقريباً جميع الكماليات من تليفزيون وثلاجة ومسجل... إلى آخره. وبالشقة غرفتين نوم ذا أثاث جديد ونظيف ومرتب وحجرة بها صالون مذهب وأنتريه بسيط والغرفة التى بالفراندة يوجد بها مكتب وبعض الأثاث البسيط.

طرقت الباب ففتحت لى سيدة سيدة طويلة القامة ممتلكة البنية تبدو عليها الصحة والقوة. فعرفتها بنفسى ذاكراً بأننى الأخصائى الاجتماعى بالعيادة النفسية فرحبت بى وقادتنى إلى غرفة بجوار باب الشقة والغرفة مكونة من سرير نظيف ومرتب ودولاب وسراحة وشماعة والأرضية مفروشة بسجادة جديدة وعند دخولى الحجرة وجدت رجل فى الحلقة الخامسة من عمره

تقريباً متكئ على السرير وتبدو عليه علامات الإنهاك والضعف والشحوب يرتدى بيجامة نظيفة. ويداه ورجلاه وعنقه مربوطة بشاش.

فألقيت عليه التحية فرحب بى وطلب منى الجلوس بجانبه على السرير فجلست وعرفته بنفسى قائلا بأننى الأخصائي الاجتماعى بالعيادة النفسية وقد حضرت بشأن (ك) فابتسم الرجل بمرارة ذاكراً بأنه والده فسألته عن الحالة هل هو موجود بالمنزل فرد بحزن بأنه قد خرج منذ قليل دون أن يقول لأحد أنه خارج ثم صمت الرجل برهة ثم استطرد فى الحديث قائلا أنه ليس ابنى هل تعتقد بأن ابنا يترك أبيه فى هذه الحالة ويخرج. فخففت عنه وقلت له: سلامتك ماذا بك فقال بألم بأنه قد خرج منذ أسبوع بعد أن تشاجر مع (ك) وأخذ ملابسه وذهب إلى أوتيل بمحطة الرمل وعند ذهابه إلى إحدى المقاهى منذ أربعة أيام صدمته عربة ثم استطرد قائلا بأن ابنه (ك) هو السبب فى كل ذلك.

فسألته عن سبب شجاره معه فذكر بأن أحوال ابنه لا تعجبه أبداً فهو يتأخر ليلا ولا يحضر إلى المنزل إلا فى ساعة متأخرة من الليل وهو يترنح فى بعض الأحيان علاوة على أنه يدخن كثيراً ثم صمت الرجل وغطى وجهه بيديه ثم نظر إلى وقال تصور أنه بكل بجاحة يمشى فى الشارع بصديقاته أمام والدته وأخوته البنات وأمامى.

ثم وفى هذه الأثناء دخلت السيدة / التى فتحت الباب وعرفنى الرجل عليها بأنها زوجته فتدخلت الزوجة قائلة بأن (ك) لن ينفع فى عيشتهم هذه لأنه قد تغير تغيراً شديداً وكان يبدو وأن السيدة/ كانت تسمع حديثنا السابق. سألتها عن علاقة الحالة بأخوته؟ فردت بسرعة بأن علاقته بأخوته البنات سيئة للغاية فهو كثيراً ما يضربهم ويتشاجر معهم بدون أسباب أما علاقته بالأبناء فهى عادية فسألتها عن سبب شجاره معهن فأجابت الزوجة بأنه يتشاجر معهم لأتفه الأسباب ويتدخل الزوج فى هذا الوقت قائلا أن

(ك) كثيراً ما يطلب نقوداً غير مصروفه ونظراً لتغير الدخل فى الوقت الحالى فهو يلتجأ إلى أخوته البنات ليأخذ مصروفهن فإذا امتنعن ضربهن بقسوة وأخذ بيسبهن وهنا تدخلت الزوجة بطريقة ملفتة للنظر بأن قاطعت الزوج قائلة (الولد ده خلاص ليس له عيش عندنا ، ثم استطردت الحديث قائلة أن وجوده بالمنزل سوف يجعل من أخلاق الفتيات أخواته سيئة ثم صمتت فسألتها عن السبب؟ فأجابت بتردد فشجعتها قائلا بأن كل كلمة تقولينها موضع سرية كاملة ولن يطلع عليها أى شخص سوى الطبيب المعالج.

فنظرت الزوجة بعد إلى زوجها ثم قالت إن أحوال (ك) غريبة جداً وسيئة فهو يضع أخوته البنات موضع إحراج بالنسبة لهن فاستفسرت منها عن ذلك فذكرت الزوجة بعد أن نظرت إلى الزوج قائلة بأنه كثيراً ما يأخذ أخوته البنات إلى السينما مع اصطحاب إحدى صديقاته البنات إلى شاطئ البحر مما يجعل إخوته البنات فى موقف محرج ثم تدخل الزوج ذاكراً بأن معه عدة خطابات غرامية من فتياته التى للحالة صلة بهن واستطرد الزوج قائلا بأنه سيرسل لأولياء أمورهن خطابات لكى يعرفهم بهذه العلاقات.

وقالت الزوجة بصوت منخفض بأن أبيه قد عرض عليه أن يزوجه إن رغب ولكنه رفض.

وهنا قد تألم الزوج ووجدت أنه لا يستحمل أكثر من ذلك الحديث عن ابنه لظروفه الصحية فاستأذنت منهم على الانصراف بعد أن رجوتهم أن يبلغوا (ك) على أننى سوف أنتظره فى العيادة النفسية يوم الخميس الساعة الحادية عشرة صباحاً.

مقابلة الحالة فى العيادة النفسية: ١٩٨٩/٢/٣

حضر (ك) إلى العيادة النفسية فى الساعة الحادية عشرة وبمجرد حضوره دعوته إلى حجرة الأخصائى النفسى حتى أستطيع التحدث معه

بحرية وذلك حيث أن الأخصائي النفسى لم يكن موجوداً فى ذلك الوقت ودعوته للجلوس وكان يبدو عليه التردد. فعرفته بنفسى قائلا بأننى الأخصائي الاجتماعى بالعيادة النفسية وأقوم بدراسة اجتماعية لك للإحاطة بالظروف المحيطة بك لتقديمها للطبيب والتى على ضوئها سوف يقوم بوضع خطة للعلاج . قائلا : والحالة فى حوالى الرابعة والعشرين من عمره ويبدو على وجهه ملامح الصحة والقوة. يرتدى ملابس نظيفة وأنيقة ويبدو عليه الاهتمام بمظهره أكثر من اللازم ولكنه يبدو عليه التردد والارتباك والقلق فى تصرفاته فعند جلوسه كان يلتفت حوله وكان معظم الوقت يفرك فى يديه ويقضم أظافره ـ فسألته عما إذا كان فى الكلية اليوم محاضرات ضرورية قد عطل منها فأجاب قائلا: بأنه نادراً ما يحضر محاضرات، سألته عن السبب، فقال «مشاكل» ثم صمت برهة وأضاف بأنه يذهب إلى الكلية ولا يحضر محاضرات ويجلس فى الكافتيريا لينسى مشاكله ويبعد عن المنزل فسألته عن هذه المشاكل فأجاب قائلا: طبعاً قالوا لك حاجات كثيرة وتأكد أنهم كذابين ودائماً يقولون أشياء غير صحيحة فسألته عما يضايقه فى المنزل؟ فصمت برهة ثم قال (الحقيقة هم السبب فى كل المشاكل لقد عودونى على المصروف الكثير ثم فجأة قطعوا هذا المصروف وأنا أخدت على المصروف وتعودت عليه) فسألته عن علاقته بوالديه حالياً فأجاب بأنه يهملهم ولا يتكلم معهم منعاً للمشاكل.

ثم أضاف قائلا: لا تصدق أن توقف والدى عن العمل هو السبب فى خفضه المصروف فوالدى له رصيد كبير فى البنك يسحب منه وهم يصرفون عادى ولكن عندما أريد نقوداً منهم لا يعطونى لأنهم معتقدين أنى أصرفها على البنات ؟ فسألته وهل هذا حقيقى فأجاب متردداً: إنه حقيقى أننى على علاقة بفتيات ولكن فى حدود الأدب خلاف ما والدى معتقدان واستطرد قائلا: عندى فلسفة مؤمن بها جداً وهى عندما أجلس مع فتاة أحاول تعديل

أسلوبى إلى الأسلوب الرقيق اللطيف وبتكرار هذه المقابلات أجد نفسى أتكلم مع الآخرين بأسلوب مماثل بعكس ما يحدث عندما أجلس مع الأصدقاء فهم يتلفظون بألفاظ نابية ونكات غير مهذبة.

وقد استفسرت منه عن بداية قيام المشاكل بينه وبين الأسرة ، فأجاب بأنها منذ أربعة سنوات وحينما كنت فى الثانوية العامة فقد تركت المنزل والمدرسة على أثر مشاجرة عن سهرى بالخارج وقد عملت فى مصنع خالى وما حببنى فى العمل هو أن خالى يعاملنى كما يعامل باقى العمال واستمريت فيه مدة شهر ثم بعد أن انتقلنا إلى الإسكندرية والمشاجرات مستمرة حول شرب السجاير والمصروف ثم صمت لحظة وكان يقضم أظافره ،وقال : تصور أننى حاولت مرة أن أضرب والدى فى إحدى المشاحنات.. ولم يكتمل حديثه وصمت فاحترمت صمته. وسألته عما ينوى عمله فأجاب بأنه يفكر الآن فى الهروب من المنزل ولكنه يلزمه ألف جنيه يبدأ بها حياته ويترك الكلية وقد طالبت والدى عدة مرات وأننى أفكر فى مشروع ولكننى لم أنفذه حتى الآن.

فسألته عن هذا المشروع فتردد ولم يجب. فانتهزت هذه الفرصة مؤكداً له سرية المعلومات قائلا: إن ما تقوله لى لن يعرفه أى شخص سوى الطبيب المعالج، فابتسم ونظر إلىّ قائلا: إننى عندما أنظر إلى أى سيدة أو أى فتاة تتحلى بالذهب والمجوهرات أجد نفسى أريد أن استدرجها إلى أى مكان مظلم واقتلها وأسرقها ثم طرق رأسه إلى الأرض وقال بصوت حزين: إن المال صعب الحصول عليه ولكن القتل سهل جداً للحصول على هذا المال. ثم نظرا إلىّ قائلا : تصور أننى كنت أخذ من والدى مصروف شهرياً قدره خمسون جنيهاً أما الآن فلم أتحصل على جنيه فى اليوم هذا وإننى أدخن... فسألته عن أصدقائه وعلاقته بهم فأجاب بأن علاقاته داخل الكلية عادية أما علاقتى خارجه فلى ثلاث أصدقاء ولكننى أفضل (س) الذى يفهمنى

ويفهم ظروفى. فسألته عما إذا كان هناك ما يمنع من تكرار زيارتى إلى أسرته مرة أخرى، فرحب بذلك وتوجه بالانصراف بعد أن حددت معه موعداً لهذه الزيارة.

الحالة الثانية

أحال الطبيب المختص بقسم الأمراض النفسية بمستشفى إسكندرية الجامعى إلى قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى حالة المريضة (ن) ٢٢ سنة لدراسة حالتها الاجتماعية حيث أنها تصر على مغادرة المستشفى قبل الانتهاء من إجراءآت الكشف الإكلينيكى عليها. والمريضة حولت للقسم النفسى منذ يومين من قسم الأمراض الباطنية بالمستشفى عقب شفائها من حالة التسمم التى جاءت بها حيث شعر الطبيب المعالج بحاجتها إلى العلاج النفسى، تسلمت الحالة السيدة (ن) الأخصائية الاجتماعية وفيما يلى تسجيلا لما قامت به من خطوات.

قابلت الدكتور المختص الذى أخبرها بأن التشخيص المبدئى للمريضة هو اكتئاب بسيط ويعتقد أن حالتها عارضة بفعل عوامل خارجية طارئة، ومعرفته لهذه العوامل سوف تساعده على الخروج بها من حالة الصمت التام التى ألمت بها منذ تحويلها للقسم كما ورد بالبطاقة الطبية للمريضة بالقسم الباطنى بأن شقيقها كان قد جاء بها إلى المستشفى منذ أسبوع مصابة بحالة تسمم من مادة الـ «د.د.ت» تناولتها من باب السهو. وأن المريضة أم لطفلين ٧، ٥ أولهما مودع بمؤسسة لضعاف العقول، تقيم حالياً مع شقيقها منذ أن أودع زوجها السجن منذ أكثر من عام متهماً فى قضية مخدرات تعمل حالياً فراشة بإحدى المدارس الخاصة بمرتب (٥٠ جنيهاً) حيث اضطرت للعمل بعد سجن زوجها. كما ذكرت الحكيمة أن المريضة كانت تبدو دائماً شاردة قليلة الكلام ترفض تناول الطعام رغم إعيائها الشديد الأمر الذى اضطر الطبيب لاعطائها حقن مقوية باستمرار، كما أضافت بأنه قد زارها

أخيراً شقيقها وابنها الصغير ووالدتها ولم يمكثوا إلا وقتاً قصيراً حيث أبدت المريضة رغبتها فى الراحة.

المقابلة الأولى:

زارت الأخصائية المريضة فى العنبر وبدت شاحبة الوجه ترقد فى شرود مستسلمة للممرضة وهى تقيس حرارتها. عقب انصراف الممرضة عرفتها بنفسها مستفسرة عن حالتها الصحية. فأجابت فى إعياء واضح أنها شفيت تماماً والحمد لله، عقبت الأخصائية متسائلة عما تشكو منه. فتنهدت فى تبرم لتقول بأنها لا تشكوإلا من بقائها بالمستشفى وتريد الخروج منها بأسرع فرصة، علقت الأخصائية بأنها تقدر ما تشعر به من ضيق وكم تود أن تفصح بها عما يضايقها بالمستشفى حتى يمكنها مساعدتها، لم تستجب المريضة لذلك، وإنما عادت تردد فى صوت عال رغبتها فى الخروج وتركها فى حالها إزاء تجمع بعض المرضى والممرضات أنهت الأخصائية المقابلة بعد أن أبدت ترحيباً بلقائها ثانية إن شاءت ذلك.

وفى اليوم التالى أبلغت حكيمة القسم الأخصائية بأن المريضة تلح فى طلب مقابلتها ولكن الأخصائية لم تذهب إليها فى نفس اليوم وإنما زارتها فى اليوم التالى وكانت هذه المقابلة.

المقابلة الثانية:

استهلت المريضة المقابلة ابداء أسفها الشديد على سلوكها فى المقابلة الأولى، كم تود من الأخصائية الصفح عنها ، وأكدت لها الأخصائية بأنه ليس هناك مبرراً لذلك فهى تشعر بأن سلوكها السابق معها كان رغماً عنها، وأن ما ضاقها حقيقة هو عدم تمكنها من فهم ظروفها حتى يمكنها مساعدتها، وفى صوت هادئ ذكرت المريضة بأنها ربما تعجب أنها لم تكن تود الحضور للمستشفى للعلاج أصلا، أبدت الأخصائية دهشتها لذلك

خاصة وأنها كانت مصابة بتسمم يهدد حياتها بالخطرة، بانت عليها مظاهر يأس واضحة لتذكر في صوت متهدج أنها هي التي أرادت التخلص من حياتها بتناولها المادة السامة ولولا إرادة الله التي ساقت شقيقها للمنزل في تلك اللحظات لاستراحت نهائياً من الهموم التي تشغلها.

وإذا استفسرت الأخصائية عما تعنيه بذلك انطلقت لتذكر بأنها تزوجت منذ ثمان سنوات من (قهوجي) يعمل بمقهى أسفل منزلها بالعباسية. تزوجت رغم معارضة أسرتها الشديدة لهذا الزواج، حيث تعلم بأنه سيء السيرة يتجر في المخدرات، فضلا عن أنه كان متزوجاً بأخرى وله منها ثلاثة أطفال. ولكنها أصرت على الزواج منه هرباً من مشاحناتها المستمرة مع والدتها التي كانت لا تهتم إلا بشقيقها الذي ينفق على الأسرة بينما تسيء معاملتها. رأت في زوجها خير عوض لها عن أبيها الذي فقدته وهي طفلة في الخامسة. شعرت بالتعاسة والقلق عندما اكتشفت أخيراً أن ابنها الأول ضعيف العقل، كما كانت تتألم كثيراً عندما كان زوجها يبدي حنينه لأطفاله من زوجته السابقة. استمرت حياتها مع زوجها عادية إلا من بعض المشاحنات العادية، إلا أنها لاحظت تردد امرأة عليه بالمقهى بين الحين والآخر، وإزاء إصرارها على سؤاله عن حقيقة علاقته بها صرح في غمرة غضبه بأنها ستكون زوجته الثالثة وغادر المنزل، تملكتها غيرة شديدة وحقد عليها وانتهزت فرصة وجود مخدرات بالمنزل وأرشدت عنه ليقدم للمحاكمة ويسجن ثلاث سنوات، بعد لحظات أضافت بصوت تخنقه العبرات بأن القدر كان يخبأ لها مفاجأة هزت حياتها وهي أنها علمت أن تلك المرأة لم تكن سوى زوجة لأحد أفراد العصابة وتقوم بتوزيع المخدرات وحوكمت في نفس القضية هي وزوجها ثم انفجرت في البكاء... وبعد لحظات عقبت الأخصائية أنها ربما تشعر أنها قد ظلمت زوجها وتلوم نفسها بشدة على ذلك، أمنت المريضة على ذلك وهي تردد، عبارات الندم تساءلت الأخصائية

إذ كان زوجها يعلم بأنها هى التى أرشدت عنه فأجابت بأنها لا تدرى ولكنها تحس بلهجة اللوم فى عباراته كلما زارته فى السجن، وأوضحت الأخصائية للمريضة بأن البوليس يحرص عادة على كتمان أسماء المرشدين وربما أحد لا يعلم بهذه الحقيقة سواها... وكانت لحظة صمت تساءلت المريضة بعدها عما إذا كانت الأخصائية تعتقد أنها قد ارتكبت جرماً فى حق زوجها فأجابت الأخصائية على الفور بأنها لم ترتكب أى جرم وما فعلته مع زوجها كان سيفعله آخرون مستقبلا وإرادة الله وحدها هى التى تدخلت لتحمى زوجها وتحمى نفسها وأبنائها من خطر أكبر كثيراً مستقبلا وانتهت المقابلة على أن يلتقيا فى اليوم التالى وأبدت المريضة ترحيباً شديداً بذلك.

أسئلة للمناقشة:

١ ـ ناقش ما تحته خط فى هذه الحالة.

٢ ـ ضع صياغة تشخيصية مناسبة لمشكلة العميلة الحالية.

٣ ـ حدد الخطوط العريضة للخطوات العلاجية لهذه الحالة.

الفصل التاسع

ممارسات خدمة الفرد في مجال انحراف الأحداث

تمهيد:

قبل التحدث عن ممارسات خدمة الفرد فى مجال رعاية الأحداث نعرض للمحة عن طبيعة جنوح الأحداث وعوامله.

حيث تعتبر انحرافات الأحداث أعراضاً لمشاكل نفسية أو أسرية أو بيئته ولذا وجب أن نحاول تفسير معنى هذه الأعراض أو الانحرافات السلوكية فى ضوء العوامل الكامنة أو الدوافع الخفية وراء هذا السلوك.

ويمكن القول بوجه الإجمال أن من عوامل الانحراف(١٢ : ٥٨) الحرمان من الحنان الوالدى واضطراب الأمن الأسرى وقصور الضروريات المادية للحياة، وعدم توافر الفرص الاجتماعية والترفيهية.

كما أنه من ضمن هذه العوامل التدليل الزائد وتأثر الطفل بالعوامل البيئية المختلفة كوجود المثل السيء وقصور الرقابة الأبوية والأسرية عموماً.

وإرغام الطفل على العمل فى سن مبكرة والضعف العقلى وضعف التربية الدينية والخلقية وحول هذه العوامل المؤدية للانحراف يرى تابان Tappan أن هذه العوامل يمكننا تقسيمها على النحو التالى:

(١) **عوامل بيولوجية** Biolo Cical Factors:

وهى تلك العوامل التكوينية العضوية ومنها: (١٣ : ١٢٠-١٣٢)

(أ) التأثيرات الوراثية	Hereditary Inffuences
(ب) العيوب العقلية	Mental Defect
(ج) اضطراب الغدد الصماء	Endocrine Inbalance
(د) العيوب التكوينية	Constitutional Defects
(هـ) الذهان العضوى	Organic Psychoses
(و) الخلل المخى	Brain Inyury

(٢) **عوامل نفسية** Psychological Factors: وتتضمن : (١٣ : ٩١-١١٧)

(أ) الأمراض النفسية (العصاب)	Neurotic
(ب) الذهان الوظيفى (الأمراض العقلية)	Functional Psychotic
(ج) الاضطراب الانفعالى	Emotional Disturbance
(د) الإحباط	Frustration
(هـ) التوترات الأسرية	Intrafamilial Tensions

(٣) **عوامل اجتماعية** Social Factors : وتتضمن : (١٣ : ١٣٣-١٦٤)

(أ) التفكك الأسرى	Broken Home
(ب) الفقر	Poverty
(ج) البطالة	Unemployment
(د) تأثيرات المخالطة (كمخالطة المجرمين والصحبة السيئة)	Associontional Influences
(هـ) سوء قضاء وقت الفراغ والترويح	Leisure Time & Recreation
(و) الحروب	Wars
(ز) التأثيرات الثقافية	Cultural Influences

فى نطاق مفهوم خدمة الفرد وخصائصها
فى مجال انحراف الأحداث

لما كانت طبيعة العمل مع الأحداث ، هى عملية تقويمية للسلوك ، تدعيمية للقيم والمعايير ، علاجية لعيوب الشخصية، ترشيدية للأسرة والرفاق، تكيفية لشروط المؤسسة، فمفهوم خدمة الفرد فى نطاق هذا الميدان لابد وأن ينطلق من هذه الأهداف، بعيداً عما يعرف بالمشكلة، التى تريد حلاً أو الأداء الاجتماعى المراد تحقيقه.

تأسيساً على ذلك ـ وتيسيراً على الطالب ـ فإنه من المفيد تحديد مفهوم إجرائى يتسم بالواقعية العملية لماهية خدمة الفرد ، ويلقى الضوء على أهم خصائصها وملامحها الرئيسية فى نطاق هذا المجال.

وفى إيجاز نعرض لمفهوم خدمة الفرد التحليلية وخصائصها الرئيسية فى مجال الأحداث على النحو التالى: (١٤ : ٤٢٩، ٤٣٠)

١ ـ هى نمط من خدمة الفرد القسرية التى تفرض خدماتها على العملاء.

٢ ـ أهدافها تتمثل فى محاورها القريبة أو البعيدة تقويم جذرى فى سلوك الحدث وظروفه البيئية التى وقعت بهم إلى عالم الانحراف.

٣ ـ رغم ذلك فثمة أهداف جزئية ومرحلية تبعاً لطبيعة المؤسسة المعنية بشئون الأحداث. فهى تفسيرية وتخطيطية فى دور الملاحظة، تقويمية تكييفية فى المؤسسات الإصلاحية، تشغيل ومتابعة فى مكاتب المراقبة الاجتماعية، موحضة مفسرة فى محاكم الأحداث، إرشادية توجيهية للأسر فى دور الضيافة ومكاتب الرقابة الاجتماعية.

٤ ـ تحكم عملية المساعدة «دراسة وتشخيص وعلاج» دائماً شروط المؤسسة وأهدافها.

٥ ـ تعتمد على نسق قيمى أخلاقى، هى وإن انبثقت من القيم العامة

لعملية المساعدة إلا أنها مطوعة لتناسب الالتزامات القانونية والإجرائية ـ كالحرية المقيدة ـ والسرية الجماعية ـ والإلزام والالتزام ـ العلاقة التدعيمية والتصحيحية والتأثيرية الضاغطة ـ الفردية ـ التدعيم والسلطة كأدوات تربوية.

٦ ـ تتطلب مهارات خاصة تقوم على الرغبة الصادقة فى العمل بمجال الانحراف بكل صعوباته ومخاطره، وتنطوى على مهارات فى التعامل مع صغار السن من ثقافات متباينة وتطويع كافة المفاهيم المهنية لتناسب كل موقف.

٧ ـ تتطلب معارف عملية خاصة عن:

(أ) سمات المرحلة العمرية التى يقع فيها الحدث.

(ب) النمط الخاص لشخصية الحدث فى ارتباطها بالجريمة التى ارتكبها.

(ج) النظرية العلمية ومفاهيمها.

(د) شروط المؤسسة.

(هـ) إمكانيات المجتمع المحلى.

٨ ـ تتطلب سيادة روح الفريق لكافة المهن العاملة فى المؤسسة.

٩ ـ لا يجب أن ننسى دائماً أن الأخصائى الاجتماعى الممارس للمهنة فى مجال الأحداث، تحكمه من ناحية أخلاقيات وآداب المهنة والتشريع العقابى من ناحية أخرى.

١٠ ـ مراعاة انتشار الجنسية المثلية بين نسبة من المودعين والعمل على مقاومتها.

١١ ـ مجتمع الأحداث عادة يطلق العنان لبعض الاتجاهات العدوانية والانحرافية داخل المؤسسات ويصطلحون لها لغة خاصة «كالتقليب» و«الدسترة» وهى اصطلاحات تمثل العدوان الجنسى والسرقة والهرب... إلخ.

١٣- الحدث المنحرف وفقاً لإطار المدخل التحليلى المعاصر (سيكولولجية الذات). (١٤ : ٤٣١)

(أ) هو بالضرورة لا يتمتع بـ «ذات قوية» توازن فى واقعية بين متطلبات العوامل الداخلية والخارجية وظروف لحظة الانحراف بل لابد وأن تكون ذاتاً ضعيفة أو عاجزة بدرجة أو بأخرى فقد يكون عجزاً فى قدرة الذات الإدراكية للعقوبة المترتبة على الانحراف أو عجزاً حسياً متمثلا فى الاندفاعية والتهور أو الإفراط العاطفى أو عجزاً عقلياً متمثلا فى اضطراب التفكير أو ضيق آفاقه أو عجزاً إنجازياً يتمثل فى عدم القدرة على الكبح أو عجز الإرادة عن مواجهة المغريات أو البلادة التى تستسلم بلا مقاومة لأية مثيرات.

(ب) الحدث مرتكب جرائم العدوان أو الاتلاف أو القتل أو السرقة. هو حدث بملك ذات عليا ضعيفة أو مضطربة أو متأرجحة إلى الحد الذى لا تستطيع الذات كبح نزواتها.

(ج) الحدث قد يغلب عليه رواسب طفلية سلبية، كالاعتمادية وسرعة الغضب وسهولة الإيحاء وافتقاد القدرة على المبادرة.

(د) الحدث المنحرف، الشبه عصابى، الذى تسيطر عليه خيالات جامحة أو الشعور الدائم بالتعاسة أو القلق المرضى أو مشاعر الاضطهاد أو النقص أو الميول الانتحارية لمشاعر الذنب وما إلى ذلك إلى جانب ارتكابه للسلوك المنحرف قد يفيد معه مراجعة خبراته الطفلية التاريخ التطورى» وتفسيرها وصولا إلى حالة الواقعية والبصيرة التى تؤهله للتعامل الإيجابى مع الخدمات التى يقدمها له أخصائى خدمة الفرد. فلا جدوى لأى جهد علاجى ما لم يتهيأ الحدث لتذوقها أو استيعابها.

(هـ) الاعتقاد المطلق فى أن الحدث المنحرف هو معطيات أسرة جانحة بمعناها الأخلاقى أو الاجتماعى وليس بالمعنى القانونى. حتى نقائصه فهى غالباً إفرازات هذه البيئة ويمكن تقويمها فى غالب الأحيان.

أهداف خدمة الفرد التحليلية
فى مجال انحراف الأحداث

تهدف خدمة الفرد فى محيط العمل مع الأحداث إلى مساعدتهم على التغلب على العقبات والمشكلات التى يواجهونها لتحقيق توافقهم النفسى. ولما كانت خدمة الفرد ليست دائماً علاجاً لشخصية العميل كما أنها ليست دائماً علاجاً لبيئته، ولكنها تتباين خدماتها فى مدار فسيح يستوعب كافة الظروف والاحتمالات فى إطار إمكانية المؤسسة ووظيفتها.

من ثم كان القول بهدف محدد عام لخدمة الفرد فى محيط العمل مع الأحداث للواقع حيث ثمة مستويات متباينة لأهدافها تتفق وظروف كل حدث وطبيعة المؤسسة نفسها.

وتأسيساً على ذلك فإنه يمكن تحديد أهداف خدمة الفرد فى مجال انحراف الأحداث على النحو التالى:

الأهداف العملية (المباشرة):

ثمة خمس مستويات لهذه الأهداف كما يلى:

المستوى الأول: تعديل أساسى فى شخصية الحدث وظروفه البيئية:

وهو المستوى الأمثل الذى يعالج المشكلة علاجاً جذرياً يمكن الحدث من مواجهة ظروفه القائمة وأية ظروف أخرى مستقبلة ــ ويتحقق ذلك من خلال:

(أ) تنمية شخصية الحدث باستثمار طاقاته المعطلة أو تخليصه من طاقاته الهدامة.

(ب) تعديل أساسى فى ضغوطه البيئية بصورة تقتلعها من جذورها.

المستوى الثانى: تعديل نسبى فى شخصية الحدث وظروفه البيئية:

وهو مستوى أكثر واقعية شائع بحقيقة فى الواقع الميدانى يخفف بالضرورة من حدة المشكلة وإن لم يحلها حلا جذرياً.

المستوى الثالث: تعديل كلى أو نسبى فى شخصية الحدث:

ويشيع هذا الهدف فى الحالات التى تلعب شخصية الحدث الدور الرئيسى فى المشكلة أو الحالات التى يتعذر كلياً تعديل البيئة المحيطة.

المستوى الرابع: تعديل كلى أو نسبى للظروف البيئية:

وهو هدف يشيع عادة مع الأحداث المشردين أو المعرضين للانحراف ممن تكون ظروفهم البيئية هى العامل الأساسى فى انحرافاتهم.

المستوى الخامس: تثبيت الموقف تجنباً لمشكلات جديدة:

وهو مستوى أدنى لأهداف خدمة الفرد يلجأ إليه عندما يستحيل التأثير فى أى من شخصية الحدث أو ظروفه المحيطة ورغم أنه هدف سلبى إلا أن قيمته هى فى تجنب مزيد من التدهور فى الموقف وأوضح مثال على ذلك حالة الحدث الذهانى أو العصابى والميئوس من شفائه الذى يكون حجزه بالمستشفى هو الأسلوب الوحيد لمساعدته تجنباً لمخاطر محتملة الحدوث مستقبلا.

ثانياً ـ الأهداف غير المباشرة:

إلى جانب أهداف خدمة الفرد العملية فى مستوياتها الخمس السابقة فى هذا الميدان ثمة أهداف عامة غير مباشرة تحقق للمجتمع فوائد أهمها؛

تجنيب المجتمع أعباء اقتصادية واجتماعية مستقبلة. حيث أن خدمة الفرد برعايتها لهذه الفئة ستحول دون تحولهم مستقبلا إلى طوائف من المجرمين أو العاطلين يشكلوا عبئا اقتصادياً واجتماعياً ثقيلا على المجتمع.

فالمشكلات الفردية مشكلات قابلة للتمدد والانتشار، ما كان يسيراً بالأمس يصبح معقداً فى الغد وما هو عارض اليوم يصبح اعتياداً فى المستقبل (١٥ : ٣٠) ومن ثم فإن رعاية هذه الفئة مبكراً سيجنب المجتمع مخاطر مستقبلة لا من حيث بقائها فئة مستهلكة فحسب ولكن بتحولها إلى طاقات هدامة تعوق رفاهية المجتمع وسعيه للتقدم.

الأساس الفلسفى لخدمة الفرد التحويلية فى مجال انحراف الأحداث

تعرف الفلسفة بأنها «ذلك المركب العام الذى يحتوى على مجموعة من المثل والأهداف والقيم والمبادئ الأخلاقية والمعتقدات القائمة على الإيمان بالإنسان.

وهذه الفلسفة هى التى تتيح للأخصائى أن يمارس عمله فى ضوئها ، كما أن عمله يصبح ذو معنى فقط من خلال القاعدة الفلسفية والتى يجب أن تكون جزءاً من ذاته المهنية. (١٦ : ٦٢) وتأسيساً على ذلك ترتكز خدمة الفرد فى ممارستها المهنية فى محيطة رعاية الأحداث وفى نظرتها إلى الحدث على فلسفة تتضمن مجموعة من الحقائق العلمية والقيم الإنسانية والأخلاقية.

<u>ومن هذه الحقائق</u>:

- أن هناك علاقة جدلية بين الشخص الحدث والمجتمع وأن الفصل بينهما أمر تعسفى، لأن عضو المجتمع المنحرف، أو غيره لا يمكن أن يعيش فى فراغ بل يعيش دائماً منذ ولادته فى جماعات اجتماعية أى فى علاقات اجتماعية مستمرة، إذا صلحت هذه الجماعات، وهى قوام المجتمع، صلح

هذا العضو أو فسد هذا العضو. (١٧ : ٣٠١)

ـ أن الحدث إنسان فريد فى نوعه يعامل ويساعد بطريقة تختلف عن أى إنسان آخر فلكل سماته الخاصة وظروفه الخاصة بكل ما فيها من اختلافات فردية.

ـ أن الحدث وحدة بيولوجية اجتماعية دينامية متغيرة، ولذا يجب التغاضى عن ماضى هؤلاء، ووجوب معاملتهم بعطف ورحمة، وتجنب استعمال الكلمات المبتذلة معهم تماماً، وذلك بقصد تنمية احترامهم لأنفسهم بدلا من مضاعفة مركب النقص المدمر الذى يعانون منه.

ـ أن الحدث فى الموقف الإشكالى لابد وأن تصاحبه توترات ومشاعر سلبية من خوف وقلق وشعور بالنقص أو شعور بالدونية والذنب والاضطهاد وغير ذلك من مشاعر سلبية.

ولكن هذه الأحاسيس مظاهر غير مرغوب فيها من الآخرين فإنه يلجأ إلى إخفائها بشتى الوسائل، أو تغليفها بأساليب المقاومة والسلوك الدفاعى الأمر الذى قد يشكل حاجزاً نفسياً بينه وبين الأخصائي مما يعوق عملية مساعدته.

أما إذا لمس حرارة وقبولا وتقديراً واهتماماً وتفهماً وتشجيعاً، من الأخصائى امتصت هذه الأحاسيس لتتحطم بالتالى أساليبه وحيله الدفاعية ويتفرغ لعملية المساعدة والعلاج.

وأما عن ذلك الإطار القيمى الذى تستند عليه عملية المساعدة فى خدمة الفرد التحليلية فى نطاق هذا المجال فهو يدور حول شبكة من القيم الإنسانية والأخلاقية نوردها على النحو التالى:

ـ الإيمان بفردية الحدث وكرامته.

ـ الإيمان بالحدث قوياً يملك طاقات يرغب فى استثمارها وعلينا مساعدته

في استثمارها.

- الإيمان بالحب والتسامح وليس الإدانة والعقاب، ومن ثم فترفض السادية والداروينية الاجتماعية التي تدعو إلى إيلام الإنسان وتحميله وحده مسئولية مشكلاته.
- أسرار الأحداث وأسرهم هي حقائق ملكاً لهم، لا يجوز افشائها إلا عند الضرورة القصوى تجنباً لخطورة مؤكدة على سلامة الحدث أو أسرته أو المحيطين به . فهو واجب تحتمه أخلاقيات المهنة وسلامة المجتمع وأمنه في نفس الوقت. (١٥ : ٣٢)
- الإيمان بآدمية المنحرفين واحترامهم بصرف النظر عن شخصيتهم ونوع سلوكهم.
- الإيمان بأن المنحرفين هم فئة من الأشخاص لا يختلفون عن غيرهم من الأشخاص الآخرين الذين يخالفون القوانين السلوكية الأخرى في المجتمع. (١٧ : ٢٩٨)

أي أنهم ليسوا قط فئة فريدة في نوعها وأنهم أولا وقبل كل شيء أناس آدميون لم يحالفهم الحظ في ضوء الظروف الاجتماعية التي عاشوها، أو تلك التي يواجهونها، فخالفوا قانون العقوبات.

دور أخصائي خدمة الفرد في مجال انحراف الأحداث:

تختلف مجهودات أخصائي خدمة الفرد في هذا المجال باختلاف الحالات، ودرجة الانحراف التي وصل إليها الحدث ، كما تتوقف على طبيعة ونوعية المؤسسة التي يعمل بها .

وبناء على ذلك يمكننا حصر أدواره المختلفة فيما يلي:

١ ـ الأخصائي الاجتماعي ومراكز الاستقبال للأحداث:

ينحصر دور الأخصائي الاجتماعي في مراكز الاستقبال فيما يلي:

- استقبال الحدث والعمل على إزاحة مخاوفه وما علق بنفس الحدث من مواقف القبض عليه بواسطة الشرطة وإيداعه فى قسم البوليس مع إعادة الثقة والطمأنينة إلى نفسه.
- الاتصال الفورى بأسرة الحدث وأقاربه للتفاهم فى مشكلة الحدث.
- المساهمة مع الفريق المعالج فى عملية التصنيف للحدث على أساس نوع التهمة والسن وظروف الحدث الشخصية والبيئية.
- دراسة شخصية الحدث فى ظروفه البيئية مع تقديم أوجه الرعاية الملائمة له.

(٢) الأخصائى الاجتماعى ودار الملاحظة للأحداث:

- ينحصر دور الأخصائي الاجتماعى بدار الملاحظة فيما يلى:
- استقبال الحدث والتخفيف عما يعانيه من مشاعر سلبية مرتبطة بموقفه الإشكالى مع الحصول على بعض البيانات الأولية عن الأسرة والمسكن والعمل وفتح ملف خاص بالحدث.
- ملاحظة سلوك الحدث وتسجيل تقارير يومية عنه تكشف عن جوانب شخصيته.
- الاتصال بأسرة الحدث ومساعدتها لزيارته والتعرف على اتجاهاتها نحو مشكلة الحدث.
- الإشراف الليلى على الطفل فكثير من هولاء الأحداث يعانون من اضطرابات سلوكية كالتبول اللا إرادى واضطراب النوم والأحلام المزعجة والمشكلات الجنسية... إلخ.
- إعداد التقرير النهائي الذى يكتب عن الحدث أثناء وجوده بالدار لتقديمه لمكتب المراقبة الاجتماعية الذى سيقوم بدراسة للحالة وتقديمها للمحكمة. (١٨: ٦٤٢)

(٣) الأخصائي الاجتماعي ومكتب المراقبة الاجتماعية للأحداث:

يقوم مكتب المراقبة الاجتماعية بعملية رئيسية الأولى هي دراسة مشاكل الحدث قبل تقديمه للمحكمة. والثانية هي محاولة علاج مشاكل الحدث قبل توجيهه في البيئة التي يعيش فيها أو وضعه تحت المراقبة الاجتماعية.

ومن ثم يتضح لنا أن دور الأخصائي الاجتماعي أو كما يسمى بالمراقب الاجتماعي وفقاً للقانون ـ ينحصر في دورين أساسيين هما:

(أ) دور قبل المحاكمة ـ وتعرف هذه المرحلة بمرحلة البحث الاجتماعي ورسم خطة العلاج.

(ب) دور بعد المحاكمة ـ وتعرف هذه بمرحلة الإشراف الاجتماعي والتوجيه والعلاج(١٩ : ٣١٠)

فأما عن دور الأخصائي الاجتماعي عند بحث حالة الحدث من الناحية الاجتماعية هذه فإننا نجد هذا البحث يختلف عن غيره من بحث الحالات الأخرى في عدة أمور أهمها:

- يتقيد هذا البحث بمدة يتم فيها وهذه المدة يحددها القاضي ولذا فيتحتم أن يستغل الأخصائي هذه المدة أحسن استغلال ويجب أن يقصر جهوده على أهم النواحي التي تعنيه في البحث وحسب ظروف الحالة.
- يحاول الآباء إرجاع سلوك الحدث إلى ظروف خارجة عن إرادتهم وسيطرتهم حتى وإن كان لهم دور كبير في في حدوث هذا الانحراف.
- غالباً ما يكمن في علاقة الأخصائي بالحدث وأسرته بعض مظاهر العداء الذي لا يمكنه أن يتغلب عليه بسهولة وذلك لأن الحدث يحس أنه في موضع اتهام أمام الأخصائي ويخشى سطوة القانون كما أن الوالدين يشعران أن ابنهما جزء منهما فهما إذن مساهمان في انحرافه بمسئوليتهم

عن عدم تهيئة الجو الواقى له من هذا الانحراف ومعنى ذلك أن التعاون الذى يظهره الحدث وأسرته وقد يحتوى على القليل أو الكثير من التصنيع والتزييف.

- كثيراً ما يقابل الأخصائى أنواعاً مختلفة من المقاومة من الحدث وأسرته وذلك لأنهم زاهدون فى هذه العلاقة المفروضة عليهم المرتبطة بالعقاب.
- يعانى آباء الأحداث الكثير من الشعور القوى بالنقص والذنب وخيبة الأمل وكثيراً ما يحذرون تكوين علاقة مع الأخصائي الاجتماعى ويتهيبون الوثوق فيه لأنه جزء من المحكمة أو الهيئة المعاقبة.
- عدم إمكانية تطبيق قاعدة حق تقرير المصير للحدث إذ أن القانون يفرض على الأخصائى موقفاً خاصاً لا يمكنه أن يحيد عنه وليس فى مقدوره موافقة الحدث أو أسرته على أمر لا يقره القانون الممثل فى شخصية القاضى. (١٢ : ٥٨٣)

وأما عن دور **الأخصائى الاجتماعى بعد المحاكمة** فإننا نجد أن هذا الدور ينصب أساساً على الإشراف والتوجيه الاجتماعى والعلاج للحدث. وهنا يتعامل الأخصائى الاجتماعى مع عنصرين أساسيين هما:

(أ) العنصر الذاتى أى شخصية الحدث:

١ ـ وهنا يزور الأخصائي الاجتماعى الحدث فى الأماكن المختلفة فى بيئته أو يزور الحدث الأخصائى فى مكتبه.

٢ ـ يساعد الحدث على إيجاد عمل مناسب أو وسيلة ترفيهية لقضاء وقت الفراغ.

٣ ـ كل هذا يحدث فى جو من الثقة والمودة المهنية التى غالباً ما يرتاح إليها الحدث ويستفيد منها فى تكوين علاقات على غرارها فى البيئة المحيطة به.

٤ ـ إذا ثبت عدم كفاية الإشراف فى أحداث الأثر المرغوب أو مقاومة ورفض

الحدث للإشراف فعلى الأخصائى أن يعمل على إعادة الحدث للمحاكمة لحاجته إلى نوع آخر من المعاملة والعلاج غير الإشرافى.

(ب) **العنصر البيئى**: أى الوسط الاجتماعى الذى يرتبط به الحدث:

ويتمثل هذا الوسط الاجتماعى فى (المنزل ـ المدرسة ـ العمل):

١ ـ وهنا يقوم الأخصائي الاجتماعى بتذليل بعض الصعاب البيئية التى تواجه الحدث مثل تعديل اتجاهات المحيطين بالحدث كالوالدين أو المدرسين أو أصحاب العمل.

٢ ـ يتصل الأخصائى بالأخصائى الموجود بالمدرسة أو بالعمل لوضع خطة مناسبة للتعامل مع الحدث بالطريقة التى تتم بها المساعدة.

(٤) الأخصائى الاجتماعى ومؤسسة الإيداع:

إن الحكم بإيداع الحدث فى مؤسسة داخلية يمثل نوعاً من التدابير العلاجية التى تحكم بها القاضى كآخر نوع من العلاج إذا فشلت المراقبة الاجتماعية... وذلك بهدف: (٢٠ : ١٤٣)

١ ـ تحسين ظروف الأسرة الطبيعية اقتصادياً واجتماعياً وصحياً ونفسياً.

٢ ـ تدريب الحدث على مهنة تهيأ له كسب عيشه واستقلاله الاقتصادى.

٣ ـ تدريب الحدث على التكيف للنظام المؤسسى استعداداً للتكيف مع المجتمع على نحو يقره القانون.

وعلى هذا يمكن حصر دور الأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات الإيداع فيما يلى:

١ ـ استقبال الحدث والعمل على إزاحة مخاوفه وعلى إعادة الثقة والطمأنينة إلى نفسه والتخفيف من صدمة الانفصال عن المجتمع بإيداعه فى المؤسسة وانفعالات الخوف والقلق بنفس الحدث من مواقف الضبط عليه بواسطة الشرطة وإيداعه فى قسم البوليس.

٢ ـ يدرس التـاريخ الاجتـمـاعى لمعـرفـة الدوافع التى أدت إلى السلوك اللااجتماعى وانحراف الحدث.

٣ ـ مساعدة الحدث على الاندماج فى حياته الجديدة فى المؤسسة وتمكينه من الاستفادة من الخدمات المتاحة داخل المؤسسة.

٤ ـ العلاج الاجتماعى النفسى للحدث وذلك فى ضوء ما يسفر عنه البحث الاجتماعى للحدث وفى ضوء التشخيص الاجتماعى للمشكلة.

وعندئذ يضع أخصائى خدمة الفرد خطة العلاج تنصب عادة على:

١ ـ شخصية الحدث (ويعرف العلاج فى هذه الحالة بالعلاج الذاتى).

٢ ـ ظروفه المحيطة (ويعرف العلاج فى هذه الحالة بالعلاج البيئى).

العمليات المهنية لخدمة الفرد فى مجال انحراف الأحداث من المنظور التحليلى

أولا ـ الدراسة النفسية الاجتماعية لحالة الحدث:

ولهذه العملية الدراسية لحالة الحدث جوانب وقطاعات ثلاث: مناطق دراسية، ومصادر دراسية، وأساليب دراسية تتشكل حسب طبيعة كل مؤسسة.

(أ) مناطق الدراسة:

تنصب مناطق الدراسة فى حالات الأحداث المنحرفين التى يجب أن يهتم بها الأخصائي الاجتماعى عند بحثه لحالة الحدث على ثلاث جوانب رئيسية هى:

١ ـ دراسة الانحراف :

نوعه ـ هل الانحراف عارض أم متكرر وإذا كان متكرراً ما نوع الاتهامات وظروفها والأحكام التى صدرت ضده. هل الانحراف عشوائى

بالمشيئة أو التورط ـ الأشخاص الذين اشتركوا معه (أكبر أو أصغر منه أو فى سنه ـ كان تابعاً أم قائداً) هل هذا الانحراف منتشر فى أسرة الحدث أم لا ـ ما رأى الأسرة فى انحراف الحدث؟ ما تفسير الحدث للسلوك الذى صدر منه وما مدى وعيه بخطورته ونوع اتجاهه نحو السلوك؟

٢ ـ دراسة شخصية الحدث:

ـ من الناحية الجسمية (مظاهر الصحة، المرض، العاهات).

ـ من الناحية العقلية (ذكاء، ضعف عقلى، قدرته على التفكير).

ـ من الناحية الوجدانية (مدى وطبيعة استجابته الانفعالية للمواقف.

ـ من الناحية الاجتماعية (تجاذب، تنافر ، تجاهل سواء مع الأفراد أو الجماعات). كالأسرة أو فى المدرسة أو بيئة العمل أو بيئة شغل الفراغ وبيئة الحى ومدى احترامه للسلطة كالأسرة أو السلطة المدرسية أو المجتمعية، علاقته بأبويه وأخوته وأسلوب التربية فى الأسرة.

٣ ـ دراسة بيئة الحدث:

ـ البيئة الداخلية (الأسرة) ذلك من حيث المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة فى المستوى الخلقى والدينى للأسرة، البناء الاجتماعى للأسرة ودرجة تماسكها.

ـ البيئة الخارجية وذلك من حيث حياة الحدث المدرسية وعلاقته بمدرسيه وزملائه ودرجة تحصيله واتجاهاته نحو الحياة المدرسية عامة.

ـ علاقة الحدث برؤسائه وزملائه وحياته المهنية واتجاهاته نحو الحياة المهنية.

ـ كيفية قضاء الحدث لوقت فراغه، شلة الأصدقاء، المسكن والحى، ومدى انتشار وسائل اللهو والخرابات والعادات والتقاليد والقيم السائدة فى الحى والمجتمع بصفة عامة.

(ب) مصادر الدراسة:

إلى جانب المصادر المعروفة كالعميل والحدث والأسرة والخبراء، ... إلخ. ففى مجال الانحراف يمكن الاستعانة بـ :

١ ـ المشرفين المقيمين.

٢ ـ مدربى المهن والمدرسين.

٣ ـ تقارير المحكمة ودور الملاحظة والنيابة، ... إلخ.

٤ ـ سجلات المؤسسة والنيابة.

٥ ـ الخبراء القانونيين والأطباء وما إلى ذلك.

(ج) أساليب الدراسة: تتعدد وتشمل:

١ ـ المقابلات بأنواعها ومنها:

ـ المقابلة الفردية، وهى التى تتم مع الحدث بمفرده أو أحد أفراد أسرته.

ـ المقابلة الجماعية، وهو نمط يمكن استخدامه مع الأحداث ذوى السلوك المتشابه فى نوع المشكلة وتحتاج إلى مهارة من الأخصائي لقيادة التفاعل منها.

ـ مقابلة الصدفة: وهو نمط يمكن استخدامه للتعرف على الحالات التى يقابلها الأخصائي خلال عمله اليومى بالمؤسسة.

٢ ـ الزيارة المنزلية، لدراسة البيئة وأثرها فى الانحراف ويدخل فى نطاق ذلك الحالة السكنية، وطبيعة الحى والقيم السائدة فيه... إلخ.

٣ ـ المكاتبات والاتصالات ، ويستخدمها الأخصائي للاتصال بهيئات ومؤسسات أخرى، ومن هذه المكاتبات التقارير الطبية والنفسية للحدث وأى وثائق ومستندات أخرى كلف التغطية... إلخ.

ثانيا ـ التشخيص النفسى الاجتماعى:

تختلف نماذج التشخيص حسب طبيعة المؤسسة الإصلاحية على النحو

السابق ذكره وإن كانت القاعدة العامة هى أن يكون تشخيصاً متكاملا ، يشمل التفاعل الأفقى والرأسى فى حالات الانحراف النفسى ويكتفى بالتصنيف والتفاعل الأفقى فى الحالات غير النفسية وصولاً إلى تخطيط دقيق للخطة العلاجية.

ثالثاً ـ العلاج النفسى الاجتماعى:

ويستهدف إحداث تعديل ما فى ذات الحدث وتعديل آخر فى ظروفه الاجتماعية لاستئصال نزعة الانحراف من الحدث وتجنب عودته للانحراف وعلى هذا تنحصر أساليب العلاج فى هذا المجال فيما يلى:

(أ) **العلاج الذاتى للحدث** ويشمل ما يأتى:

١ـ تدعيم ذات العميل (الحدث):

وذلك لإزالة المشاعر السلبية المرتبطة بموقفه الإشكالى كالخوف والغضب والعداء والكراهية والشعور بالذنب والقلق... وسبيل الأخصائى فى ذلك التعاطف والتأكيد والتفريغ (التنفيس) الوجدانى.

٢ ـ تعديل استجابات الحدث:

وخاصة استجاباته السلبية والعدوانية وسلوكه الاندفاعى فى التفكير غير القائم على التروى والمنطق. وسبيل الأخصائى فى ذلك النصح والإيحاء والتحويل والسلطة.

٣ ـ تعديل عادات الحدث:

وسبيل الأخصائى فى ذلك عمليات تعليمية وتبصيرية (من تنبيه وتوضيح واقناع وتدعيم... إلخ).

(ب) **العلاج البيئى:** ويتضمن:

(أ) خدمات مباشرة:

وتقدم للحدث سواء من المؤسسة أو من موارد البيئة. ومن هذه الخدمات :

- تحويل الحدث إلى جهات الاختصاص وبذلك فى حالات المرض جسمياً كان أو نفسياً (الرعاية الطبية والنفسية) لتبذل له الجهود العلاجية المناسبة.
- توفير الرعاية اللاحقة للحدث عن طريق برامج التدريب المهنى والتشغيل فى مصانع البيئة الخارجية وعلاج ما يعانونه من صعوبات ومشكلات وذلك بتتبعهم وتوجيههم حتى يتم تكيفهم مع البيئة الخارجية.
- مساعدة بعض الأحداث المستقرين سلوكياً والمستعدين عقلياً لتكملة تعليمهم فى المدارس خارج المؤسسة.

(٢) خدمات غير مباشرة:

وتستهدف تعديل اتجاهات المحيطين بالحدث (كالوالد أو زوجة الأب أو الوصى) وذلك فى الحالات التى يظهر فيها أن مسئولية انحراف الحدث تقع على عاتق هؤلاء، والهدف من ذلك هوتخفيف ما يحيط بالحدث من ضغوط خارجية فمثلا إذا كان الأب يتمتع بذات متماسكة فإنه يمكن استثمار قوة الذات لديه فى تدعيم جهود الأخصائى لتعديل اتجاهات الأم أم زوجة الأب السلبية تجاه الحدث أو الكف عن معاملتها القاسية له مثلا، وهكذا.

وبالإضافة إلى هذه التكنيكات العلاجية السالفة الذكر فهناك ثمة نماذج علاجية أخرى ـ فى إطار المدخل التحليلى ـ أصبحت لها أهمية خاصة فى الوقت المعاصر فى مجال الأحداث:

وهذه النماذج العلاجية هى: (١١ : ٧٨)

١ ـ **العلاج بالساعد:** وهو استخدام المنحرفين لعلاج المنحرفين أنفسهم بعد عمليات إعداد مهنى مناسب بما يتناسب مع قدراتهم.

٢ ـ **العلاقة الوالدية:** كعلاقة تجمع بين الحب والسلطة فى نفس الوقت لتتناسب وطبيعة العمل مع الجانحين الصغار.

٣ ـ **المسئولية الاجتماعية:** كمفهوم يرتفع بالعلاج الفردى محدود الأثر ليمتد إلى ربط الجانح بموقفه الاجتماعى ودوره نحو الآخرين فى المجتمع.

(٤) استحياء الشعور بالذات:

وهو أسلوب يركز على إشعار الجانح بقيمته لا كجزء فى العملية العلاجية بل كمحور للعلاج ذاته وتعمل كل الأساليب الأخرى على تحقيقه ويمارس هذا الأسلوب حالياً مع الجانحين فى المؤسسات الأمريكية.

اعتبارات خاصة بالعمل مع الأحداث

نموذج توضيحي للمناقشة

أبلغ المشرف المقيم بقسم الشباب بدور التربية للأحداث أخصائي أسرة السلام بنبأ هرب الحدث (ح) بعد سرقته بطنيتين من العنبر.

والحدث منقول من قسم الفتيان منذ أسبوعين لكبر سنه.

اطلع الأخصائى على ملف الحدث وعلم منه بأنه محول من دار الضيافة بالقبة منذ عامين وأنه الحق بعدة ورش بالدور ولكن لم يستقر فى أى مهنة كما ورد بالتقرير الطبى والنفسى بأن الحدث مبتور له إصبعين من أصابع اليد اليسرى وأنه متوسط الذكاء تتسم استجاباته بالعنف والعناد.

ووفقاً لقرار المحكمة يخلى سبيل الحدث عند بلوغه سن الواحد والعشرين أى بعد حوالى أربع سنوات.

كما ورد بتقرير مكتب الخدمة للأحداث بأن الحدث كان قد اتهم بالتشرد وهو فى الثامنة من عمره وكان آنذاك يقيم مع جدته لأبيه وعمه منذ وفاة أبيه وهو فى الخامسة من عمره ثم اختفاء الأم بعد ذلك عقب مشاجرتها مع العم الذى كان يتشكك فى سلوكها ويرفض رغبتها فى إيداع الحدث أحد الملاجئ.

ويذكر العم بأن أحداً لا يعرف مقرها والشائعات تردد بأنها فى الإسكندرية تعمل بأحد الملاهى الليلية. بوفاة الجدة وزواج العم بدأ اضطراب سلوك الحدث بهربه من المدرسة ومن المنزل حتى قبض عليه مشرداً ليودع دار الضيافة بالقبة.

ورد بالتقرير التحويلى لدار الضيافة بأن الحدث متكرر الهروب لا يستجيب لتعليمات الدار. كما أنه خلال العامين الأخيرين تكررت سرقاته للوازم الدار وحاجيات المشرفين ولم تفد معه كافة الإجراءات العلاجية المألوفة بالدار.

كما أضاف التقرير بأن الحدث لا يرغب فى زيارة عمه فى فسحة نهاية الأسبوع بدعوى عدم ترحيب زوجة عمه به لأنه على حد قولها يجلب للأسرة العار.

كما ذكر التقرير أن الحدث كان قد أصيب فى العام الأول لإيداعه بالدار فى يده اليسرى أثناء عمله بمطبخ الدار إصابة أدت إلى بتر إصبعين من أصابعه.

تقابل الأخصائى مع المشرف المقيم لقسم الفتيان الذى ذكر بأن الحدث كان مثيراً للعديد من المشاكل فى العنبر وكثيراً ما كان يشجع زملائه على عدم القيام بأعمال النظافة اليومية بل كان يتصدى للدفاع عن كل من يتعرض منهم للعقاب.

كما أفاد بأن مشكلات الحدث تبلغ أقصاها فى أيام الجمع من كل أسبوع وأضاف بأنه كثيراً ما يدعى للفتيان بأن له مغامرات جيدة فى السرقة وأن فتيات كثيرة مغرمات به ويدعى بأنه طالب بالجامعة له فى دفتر التوفير مبلغ ١١ جنيه ويردد رغبته دائماً فى استرداد مدخراته لأن المؤسسة لن تردها له عند إخلاء سبيله.

أبلغ الأخصائى شرطة الأحداث بنبأ هرب الحدث وسرقته. كما أرسل بعد يومين المشرف المقيم للبحث عنه لدى منزل عمه ولكن لم يعثر عليه وزيدت زوجة العم استياءها من الزيارة. بعد أسبوع أعاد البوليس الحدث إلى المؤسسة بعد القبض عليه متسلقاً سطح قطار متجه إلى الإسكندرية ولما كان مصاباً فى ساقه أثناء القفز من القطار فقد ألحق بعيادة الدور.

زاره الأخصائى بالعيادة. كان فتى نحيل الجسم فارع الطول، استجاب للزيارة بفتور كما تحدث عن إصابته بشىء من اللامبالاة، كانت زيارة قصيرة اطمأن بها الأخصائي على صحة الحدث ووعده بلقائه حال عودته للقسم.

بعد أسبوع أحضر المشرف الحدث عقب خروجه من العيادة متسائلا عما سيتقرر بشأنه فطلب الأخصائى ابقاء الحدث للتحدث معه وطلب إلى المشرف الانصراف. بقى الحدث واقفاً فى لامبالاة وإن تجنب النظر إلى الأخصائى طلب الأخصائي إليه الجلوس وبعد تردد جلس الحدث وهو يبدى بعض الألم من ساقه المصابة. استفسر الأخصائى عن حالته الصحية فقال بسرعة بأن ساقه مازالت تؤلمه وأنه عبثاً حاول إقناع الطبيب بذلك ولكنه اتهمه بالتمارض وطلب من الحكيمة إعادته إلى القسم وأن الأخيرة تحمست لذلك.

بعد مناقشة قصيرة حول ظروف إصابته وعده الأخصائى بإمكان إعادته للعيادة إذا تطلب الأمر ذلك. بعد فترة صمت تساءل الأخصائى بإمكان إعادته إلى المؤسسة فتطلع قليلا ولكنه لم يجب.

قطع الأخصائى صمته بالتساؤل عما إذا كان غاضباً لعودته إلى مكان هرب منه فأجاب الحدث فى تبلد واضح بأنه لم يهرب لضيقه من المؤسسة فهى بيئته والمكان الذى يربيه.

أبدى الأخصائى رضاءه عن مشاعر الحدث الطيبة نحو المؤسسة وأوضح له أن المؤسسة تعمل على تهذيبه ليصبح رجلا نافعاً ومستقراً فى عمله مطمئناً على مستقبله. هزّ الحدث رأسه ولكنه لم يعقب.

بعد لحظة صمت تساءل الأخصائي عما يتوقعه من المؤسسة بعد عودته من الهرب فأجاب بلهجة خالية من الانفعال بأنه كالعادة سيحجز فى عنبر الهاربين وسيحرم من الخروج فسحة نهاية الأسبوع.

إذ تساءل الأخصائي عما جعله يتصور ذلك قال: إن خبراته فى قسم الفتيان تؤكد ذلك ثم تحول ليكيل المديح لمشرفى دار الضيافة مشيداً بطيبة قلوبهم وعطفهم على الأطفال. عقب الأخصائى بأنه يقدر ما يشعر به من

خيبة أمل لفارق المعاملة وإن عاد وتساءل عما يظنه سبباً فى تحويله من دار الضيافة إلى دار التربية... فسكت الحدث ولم يعقب... مزيد من المناقشة الاستثارية ذكر الحدث بأنه كان (شقى) ولكنه نادم على ذلك.. «فنار هناك ولا جنة هنا» تقبل الأخصائى هذه المشاعر السلبية وحول الحدث إلى أسباب هروبه وضبطه فى قطار الإسكندرية.

فذكر الحدث بأنه كان ذاهباً للبحث عن عمل هناك فعقب الأخصائى بقوله بأن البحث عن عمل خطوة طيبة والمؤسسة ترحب بذلك ولكن تساءل لماذا لم يطلب منه مساعدته ما دامت هذه هى نواياه.

فأجاب العميل فى حماس واضح بأنه يعلم سلفاً أن المؤسسة لن توافق وقد سبق وأن طلب من أخصائى قسم الفتيان ذلك ولكنه رفض بحجة أن المؤسسة لا تسمح بعمله خارج القاهرة وأن رغبته فى الذهاب إلى الإسكندرية ما هى إلا حجة يتذرع بها للهرب من المؤسسة بعد لحظات تساءل الأخصائى عما إذا كان الحدثُ يبحث عن شخص يهمه فى الإسكندرية... جفلت عينا الحدث ولكن لم يعقب... فى هذه اللحظة استدعى الأخصائى لمقابلة عاجلة مع المدير فطلب إلى الحدث الانتظار حتى يعود.

مراجع الباب الثالث

١ ـ سناء الخولى، الزواج والعلاقات الأسرية ، ط٢ ، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨١ .

٢ ـ عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد فى المجالات النوعية، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨٠ .

٣ ـ حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط٢ ، القاهرة، عالم الكتب، ١٩٧٨ .

٤ ـ محمود محمد الزينى، رعاية الأسرة والطفولة فى المجتمع الاشتراكى، ط١ ، الإسكندرية، مكتبة مطبعة الشاطبى، ١٩٦٨ .

٥ ـ محمد طلعت عيسى، فن خدمة الفرد (دراسات تطبيقية فى ميدان الأسرة) ، ط١ ، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٢ .

٦ ـ إحسان زكى عبد الغفار وآخرون، خدمة الفرد (نظريات وتطبيقات) ، القاهرة، ب.ن، ١٩٨٥ .

٧ ـ محمد شحاتة ربيع ، أصول الصحة النفسية، القاهرة، مطبعة الجبلاوى، ١٩٧٧ .

٨ ـ انتصار يونس، السلوك الإنسانى، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٧٢ .

٩ ـ ألفت محمد حقى، أسس علم النفس الإكلينيكى، الإسكندرية، ب.ن، ١٩٧٨ .

١٠ ـ محمود محمد الزينى، الصحة النفسية، الإسكندرية، ب.ت.

١١ ـ عبد الفتاح عثمان ، المدارس المعاصرة فى خدمة الفرد، ط٣ ، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨٢ .

١٢ ـ فاطمة الحارونى، خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، ط٥ ، القاهرة، مطبعة السعادة، ١٩٧٤ .

13. B.W. Tappan, Juvenile Delinguency, McGraw Hill Book Company, Inc., 1949.

ولمزيد من الاستزادة فى مضمون عوامل الانحراف انظر:

- B. Kratcoski & Lucille D.K., Juvenile Delinquency, N.J., Prentic Hall, Inc., 1979, pp. 42-64

١٤ ـ عبد الفتاح عثمان، عبد الكريم العفيفى معوض، خدمة الفرد التحليلية بين النظرية والتطبيق، ط٢، القاهرة، عين شمس، ١٩٩٤.

١٥ ـ عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، ط٤، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٤.

16. Max Siporin, Introduction to Social Work Practice, N.Y., Macmillan Publishing Co. Inc., 1976.

١٧ ـ سيد عويس، الخدمة الاجتماعية ودورها القيادى فى مجتمعنا الاشتراكى المعاصر، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٦.

١٨ ـ محمود حسن، مقدمة الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار الكتب الجامعية، ١٩٧٧.

١٩ ـ محمد طلعت عيسى وآخرون، الرعاية الاجتماعية للأحداث المنحرفين، القاهرة، النهضة الحديثة، ١٩٦٦.

٢٠ ـ محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للأحداث المنحرفين، الإسكندرية، ب.ت.

الفهرس